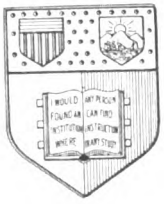
PAGE NOT AVAILABLE

RJ
1
M73
v. 13
1914
pt. 2

ANNEX
LIBRARY
B

077789



New York
State College of Agriculture
At Cornell University
Ithaca, N. Y.

Library

CORNELL UNIVERSITY LIBRARY
3 1924 069 294 175

Ridley's Book Bindery
Ithaca, New York

MONATSSCHRIFT

für

KINDERHEILKUNDE.

REFERATE.

Herausgegeben von

Czerny Berlin · **Göppert** Göttingen · **Knöpfelmacher** Wien · **Moro** Heidelberg · **Thiemich** Leipzig · **Tobler** Breslau · **Berend** Budapest

Comba Florenz · **Johannessen** Kristiania · **Koplik** New-York · **Marfan** Paris · **Schkarin** St. Petersburg · **Thomson** Edinburg · **Wieland** Basel

Redigiert von

Dr. Arthur Keller-Berlin.

Band XIII: Literatur 1914.

LEIPZIG UND WIEN.

FRANZ DEUTICKE.

1915

pt. 2
149993

Verlags-Nr. 2189.

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Berlin · **Göppert** Göttingen · **Knöpfelmacher** Wien · **Moro** Heidelberg · **Thiemich** Leipzig · **Tobler** Breslau · **Berend** Budapest
Comba Florenz · **Johannessen** Kristiania · **Koplik** New-York · **Marfan** Paris · **Schkarin** St. Petersburg · **Thomson** Edinburg · **Wieland** Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.
Preis der „Referate", jährlich 2 Bände, pro Band (ca. 40 Bogen) Mk. 20.—.
Preis der „Originalien" (ca. 45—50 Bogen) jährlich Mk. 30.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XIII. **Referate.** **Nr. 1.**

Die Arbeiten auf dem Gebiete der Milchwissenschaft und Molkereipraxis im Jahre 1913, II. Semester,

Sammelreferat von **Dr. W. Grimmer,**
Privatdozent an der Tierärztlichen Hochschule zu Dresden.

E. Ackermann. (1). Der Wert der neueren Methoden zur Herstellung des Milchserums. (Mitteilg. aus d. Geb. der Lebensmitteluntersuchung u. Hygiene. Schweizer Gesundheitsamt, 1913, Bd. IV, S. 211.)

— (2). Kritische Studie über die von P. Forschner veröffentlichte Arbeit: Refraktion und Polarisation des Chlorkalziumserums der Milch. (Schweizer Wochenschr. f. Chem. u. Pharm., 1913, Bd. LI, S. 553. — (Polemik gegen Forschner, cf. letztes Referat.)

Francisco Ageavili. (Philippine Journ. of science, 1913, Bd. VIII, S. 141.)

Konrad Amberger. Beiträge zur Kenntnis der Glyzeride des Butterfettes. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel, 1913, Bd. XXVI, S. 65.)

W. Arnold. Butter mit auffallend niedrigem Oleingehalt. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel, 1913, Bd. XXVI, S. 655.)

Backhaus. 20 Jahre Erfahrung in der Kindermilchbereitung. (Berliner klin. Wochenschr., 1912, S. 1354.)

B. Baecchi. Reazioni cromatiche differenziali fra latte di donna e latte di vacca. (Liguria med., 1913, Bd. VII, S. Heft 3.)

Bahrdt. Ernährungsversuche mit Friedenthalscher Milch. (Deutsche Gesellsch. f. Kinderheilk., Wien, 20. bis 24. September 1913.)

F. Baintner. Über einige Büffel- und Schafmilcherzeugnisse Siebenbürgens. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel, 1913, Bd. XXV, S. 89.)

Oluf Bang und **C. W. Andersen.** Einige Untersuchungen über komplementbindende Antistoffe bei experimenteller und spontaner Tuberkulose sowie bei paratuberkulöser Darmentzündung. (Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkunde, I, 69, 1913, S. 517.)

R. Barth. Zum Nachweise von Salpetersäure in Milch. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel, 1913, Bd. XXVI, S. 339.)

Chr. Barthel und **Arvid M. Bergman.** Renntiermilch und Renntierkäse. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel, 1913, Bd. XXVI, S. 238.)

J. M. Beattie und **F. C. Lewis.** The utilisation of electricity in the continous sterilisation of milk. (Journ. of pathol. Bacteriol., 1913, Bd. XVIII, S. 120.)

C. Wilhelm Beerbohm. Die Schwankungen im Gehalte des Butterfettes an flüchtigen Fettsäuren während der Laktation von 4 Kühen der kgl. Domäne Kleinhof-Tapiau. Diff. Königsberg, 1913. (Milchwirtschaftliches Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 257.)

Heinz Bertlich. Poliklinische Erfahrungen mit Larosan. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 338.)

G. Bertrand und **H. Agulhon.** (Compt. rend., 1913, Bd. CLVI, S. 2027.)

H. Bierry und **F. Coupin.** (Compt. rend., 1913, Bd. CLVII, S. 246.)

G. Biro. Beiträge zur Zusammensetzung ungarischer Schafmilch. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel, 1913, Bd. XXV, S. 292.)

A. Bonn. (Ann. des Falsif., 1913, Bd. VI, S. 648.)

Bonnamour. Le lait desséché dans l'alimentation du nourrisson bien portant et du nourrisson malade. Les resultats, son mode d'emploi. (Arch. de med. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 321, 401.)

Alfred W. Bosworth. The action of rennin on casein. (Journ. of biol. Chem., 1913, Bd. XV., S. 231; New York agric. exper. station. Techn. bull., September 1913.)

Henri J. Bowditch und **A. W. Bosworth.** Casein in infant feeding. Experiments in exact percentages. (Amer. Journ. of diseases of children, 1913, Bd. VI, S. 394.)

H. C. Bradley. The problem of enzym synthesis. IV. Lactase of the mammary gland. (Journ. of biol. Chem., 1913, Bd. XIII, S. 431.)

William N. Bradley. What can be done to prevent milk poisoning? (Arch. of ped., 1913, Bd. XXX, S. 519.)

Brennemann. An experimental study of milk coagulation in the stomach. (Journ. of the Amer. Med. Assoz., Febr. 1913.)

K. G. Bruchholz. Die Bedeutung des Bullen für die Züchtung auf Körperschwere und Milchleistung. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 432.)

E. M. Buckingham. Protection of milk. (Boston med. and surg. Journ., 1913, Bd. CLXVIII, S. 785.)

Ernesto Cacace. Indicazioni e controindicazioni dei latti fermentati in pediatria. Osservazioni pediatriche e ricerche chimiche. (Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 111, 194, 291, 431.)

J. Argyll Campbell. The chemistry of the mammary gland. (Quartern. journ. of exper. Chem., 1913, Bd. VII, S. 53.)

H. D. Dakin und **H. W. Dudley.** (1). The racemization of proteins and their derivates resulting from tautomeric change II. The racemization of casein. (Journ. of biol. Chem., 1913, Bd. XV, S. 263.)

— (2). The action of encymes on racemized proteins, and their fate in the animal body. (Journ. of biol. Chem., 1913, Bd. XV, S. 271.)

W. van Dam. Bemerkungen zu den Arbeiten A. Rakoczys über die Pepsin-Chymosinfrage. (Zeitschr. f. physiol. Chem., 1913, Bd. LXXXVI, S. 77.)

Heinrich Davidsohn. (1). Beitrag zur Magenverdauung des Säuglings. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 470. [Methodisches.])

— (2). Über die Abhängigkeit der Lipase von der Wasserstoffionenkonzentration. (Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. XLIX, S. 249.)

— (3). Über die Reaktion der Frauenmilch. (Zeitschr. f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. IX, S. 11.)

A. Devarda und **A. Welch.** Die Morressche Alizarolprobe zur Prüfung der Haltbarkeit der Milch. (Arch. f. Chem. u. Mikrosk., 1913, Heft 4.)

E. R. Dovey. (Philippine Journ. of science, 1913, Bd. VIII, S. 151.)

F. Duchaček. (Compt. rend., 1913, Bd. CLVII, S. 1095.)

R. Eichloff. Versuche mit dem Kühlapparat „Patent Thomson" zur Kühlung der frischgemolkenen Milch in den Milchkannen. (Milchwirtschaftliches Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 472.)

Eichloff und **Beer.** Milchkonservierungsmittel: Doux. (Milchwirtschaftliches Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 411.)

G. D. Elsdon und **John A. L. Sutcliffe.** (Analyst, 1913, Bd. XXXVIII, S. 450.)

Engel. Die Wirkung der mechanischen Erschütterung auf die Frauenmilch. II. (Monatschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 559.)

Irmgard Engel und **S. Samelson.** Der Energiequotient des natürlich und des künstlich genährten Säuglings. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII, S. 425.)

Josef Euflnger. Die Veränderungen der Frauen- und Kuhmilch durch Schütteln. Diss. Gießen, 1913.

E. Feer. Säuglingsernährung mit einer einfachen Eiweißrahmmilch. (Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, S. 1.)

Eduardo Filippi. Studii sulla digeribilita gastrica del latte. (Arch. di biol. normale e patologica, 1913, Bd. LXVII, S. 203.)

W. Fleischmann und **Georg Wiegner.** Das spezifische Gewicht der Kuhmilch und dessen Änderung kurz nach dem Ausmelken. (Journ. f. Landwirtsch., 1913, S. 283.)

Kálmán v. Fodor. (1). Über das Milchfett altmelker Kühe. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel, 1913, Bd. XXVI, S. 235.)

— (2). Über die Capronsäure des Milchfettes. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- u. Genußmittel, 1913, Bd. XXVI, S. 641.)

Frederick William Foremann. Die Prolinfraktion bei der Hydrolyse des Kaseins. Isolierung von Aminobuttersäure. (Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. LVI, S. 1.)

Mary Louise Foster. (1). A preliminary study of the biochemical activity of bacillus lactis erythrogenes. (Journ. of the Amer. Chem. Soc., 1913, Bd. XXXV, S. 597.)

— (2). A comperative study of the metabolism of pneumococcus, streptococcus, bacillus lactis erythrogenes and bacillus anthracoides. (Journ. of the Amer. Chem. Soc., 1913, Bd. XXXV, S. 916.) Hinsichtlich des Bacillus lactis erythrogenes dasselbe wie oben.

Armando Frank. Vergleichende Untersuchungen über die Ausnutzung von Vollmilch und kaseinfettangereicherter Milch. (Monatschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 151.)

August Frankau. Die Kuhmilch und ihre Produkte. Grundriß der Milchwirtschaft für Mediziner. (Verlag von Speyer & Kärner, Freiburg i. Br., Preis geb. M. 1·80.)

W. Freund. Das Biorisatorverfahren nach Dr. L o b e c k. (Molkereizeitung, Hildesheim, 1913, Nr. 77.)

H. Friedemann. Über künstliche Steigerung der Frauenmilchsekretion. (Wiener klin. Rundschau, 1913, S. 38.)

A. Frouin und **V. Mercier.** Actions des sels de terres rares sur la coagulation du lait par la préssure. (Compt. rend. soc. biol., 1913, Bd. LXXIV, S. 990.)

E. Fuld. Zur Frage der Identität von Lab und Pepsin. (Internat. Beitr. zur Pathol. und Therap. d. Ernährungsstör., 1913, Bd. V, S. 104.)

Casimir Funk. (1). The preparation from yeast and certain foodstuffes of the substance the deficiency of which in diet occasions polyneuritis in birds. (Journ. of Physiol., 1912, Bd. VL, S. 75.)

— (2). An attemp to estimate the vitamine-fraction in milk. (Biochem. Journ., 1913, Bd. VII, S. 211.)

W. Gavin. On the effects of administration of pituitary body and corpus luteum to milk cows. (Quarter. Journ. of Physiol., 1913, Bd. VI, S. 13.)

Frederick P. Gay und **T. Brailsford Robertson.** (1). The antigenic properties of a protein compounded with casein. (Journ. of exper. Med., 1912, Bd. XVI, S. 479.)

— (2). The antigenic properties of globin caseinate. (Journ. of exper. Med., 1913, Bd. XVII, S. 535.)

C. Gerber. (1). Digestion des laits cru et bouilli par les caséases des pancreatines des latex. (Compt. rend. soc. biol., 1913, Bd. LXXIV, S. 1111.)

— (2). Digestions des laits cru et bouilli par les caséases du latex desséchés de Vasconcella quercifolia, de la papayotine Merck et la trypsine. Action du bichlorure de mercure, de l'iode et de l'eau oxygénée sur la digestion de la caséine et de la fibrine. (Compt. rend. soc. biol., 1913, Bd. LXXV, S. 147.)

C. Gerber und **Guiol.** Les ferments proteolytiques du latex sont des trypsines. Resistance à la chaleur des caséases et des trypsines des pancreatines des latex. Action du bichlorure de mercure de l'iode et de l'eau oxygéné sur la digestion de la caseine et de la fibrine par les pancreatines du latex de figuier et de broussonetia. (Compt. rend. soc. biol., 1913, Bd. LXXIV, S. 1336.)

Wilhelm Gerö. Die Beurteilung der durch Wasser verdünnten Milch auf Grund des Säuregrades. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1913, XLII, S. 499.)

Heinrich Giffhorn. Beiträge zur Kenntnis des Stoffwechsels besonders der Mineralien im Säuglingsalter. 3. Der Einfluß von Fettzulagen auf den Stoffwechsel verdauungsgesunder Kinder bei molkenarmer und molkenreicher Ernährung. (Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXX, S. 531.)

Costantino Gorini. Beitrag zur Unterscheidung der Milchsäurebakterien. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 417.)

W. C. de Graaff und **A. Schaap.** (Ann. des Falsif., 1913, Bd. VI, S. 639.)

W. Greifenhagen. Ein neuer Apparat zur Herstellung des Spontanserums der Milch. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel, 1913, Bd. XXVI, S. 287.)

B. Grewing. Nachweis von Kaliumbichromat in Milch. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel, 1913, Bd. XXVI, S. 287.)

W. Grimmer. (1). Beiträge zur Kenntnis der Fermente der Milchdrüse und der Milch. (Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. LIII, S. 429. Milchwirtschaftl. Zentralbl., Bd. XLII, S. 617.)

— (2). Melkmaschinen. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 401.)

— (3). Über den Wert der biologischen Milchuntersuchungsmethoden. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 580.)

Grumme. Über die Möglichkeit, den Fettgehalt der Milch zu steigern. (Zeitschr. f. exper. Pathol. u. Therap., 1913, Bd. XIV, S. 549.)

J. O. Halverson. (Journ. of ind. and engin. Chem., 1913, Bd. V, S. 480.)

John Hammond. The effect of pituitary extract on the secretion of milk. (Quarter. Journ. of Physiol., 1913, Bd. VI, S. 311.)

H. A. Harding und **J. F. Brew.** The financial stimulus in city milkproduction. (New York Agric. Exper. Station, Bull 363, April 1913.)

H. A. Harding, G. L. Ruehle, J. K. Wilson und **G. A. Smith.** The effect of certain dairy operations upon the germ content of milk. (New York Agric. Exper. Station, Bull 365, August 1913.)

Ch. J. Hastings. The role played by milk in infant mortality. (Amer. Med., 1913, Bd. XIX, S. 428.)

F. Hering. Biorisation und Enzymamilch. (Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhyg., 1913, Bd. XXIV, S. 55; Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 396.)

Hesse (?). Die Rahmuntersuchung nach dem Sichlerschen Alkohol-Sinazidverfahren. (Molkereizeit., Hildesheim, 1913, Nr. 60.)

B. Hinks. (The analyst. 1913, Bd. XXXVIII, S. 555.)

Hittcher. Die Behandlung der zur Versorgung der Großstädte bestimmten Milch. (Molkereizeit., Hildesheim, 1913, Nr. 61.)

H. M. Höyberg. (1). Ist die Reduktaseprobe eine wertvolle Probe im Dienste der Milchkontrolle? (Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhyg., 1913, Bd. XXIV, S. 107.)

H. M. Höyberg. (2). Eine schnelle und leichte Berechnungsformel für fettfreie Trockensubstanz von Milch. (Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhyg., Bd. XXIII, 1913, S. 539.)

J. F. Hussmann. Molkereibakteriologisches Praktikum. Leitfaden für Molkereifachleute, Landwirte, Landwirtschaftslehrer und Studierende der Landwirtschaft. (Hannover 1913, M. u. H. Schaper M. 4·50, geb. M. 6·—.)

Orla Jensen. Die Bakteriologie in der Milchwirtschaft. (1913, Jena, Gustav Fischer, geb. M. 6.—.)

Ernest Kelley. Medical Milk commissions and certified milk. (U. S. Dep. of Agriculture, Bull 1, September 1913.)

Kinoshita und **Takei.** Über die optischen Eigenschaften der Milch der an Kakke Leidenden. (Mitteil. der med. Gesellsch., Tokio, 1913, Heft 27.)

H. Kleinschmidt. Ernährung und Antikörperbildung. (Monatschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 423.)

A. Kling. (Ann. d. Falsif., 1913, Bd. VI, S. 340.)

Klose. Untersuchungen über die täglichen Schwankungen im spezifischen Gewicht und Fettgehalt der Milch einer größeren Herde. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 386.)

H. Koch. Über die Verwertbarkeit der Glyzyltryptophanprobe für die Diagnose normaler und pathologischer Körperflüssigkeiten; experimenteller Beitrag. Ergebnisse dieser Probe bei der Untersuchung von Milch. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 1.)

Albert Köller. Über die Ausscheidung von Arsen durch die Milch. (Diss., Hannover, 1912.)

Karl Kramm. Untersuchungen über das Verhalten steriler und gekochter Milch zu Lab und Säure. (Dissertation, Stuttgart, 1912.)

R. Kudicke und **H. Sachs.** Über das biologische Verhalten roher und gekochter Milch (Immunisierungs- und Komplementbindungsverfahren.) (Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exper. Therap., 1913, I, Bd. XX, S. 316.)

Maynard Ladd. The influence of variations of diet upon gastric motility in infants. (Arch. of pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 740.)

L. Lagane. (1). Action de l'eau oxygénée sur l'amylase du lait de femme. (Compt. rend., 1913, Bd. CLVI, S. 1941.)

— (2). Le béri-béri des nourrissons, ses rapports avec l'allaitement. (Nourrisson, 1913, Bd. I, S. 282.)

C. de Lange. Indikation der Ernährung mit Buttermilch bei Säuglingen. (Ned. Tijdskr. v. Geneesk., 1913, Bd. I, S. 1518.)

Frederick Langmead. On the value of citrated whole milk in infant feeding. (Amer. Med., 1913, Bd. XIX, S. 368.)

P. Lavialle. Le mouvement brownien dans le lait homogénéisé. (Clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 490.)

P. Lavialle und **Longevialle.** Contribution à l'étude chimique de la caseine du lait de vache. (Clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 518.)

Otakar Laxa. Die Lipoide des Zentrifugenschlammes und ihre Bedeutung für die Bildung des Milchfettes. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 691.)

P. Liepe. Etwas über das neue Lobeck sche Biorisationsverfahren zur Entkeimung der Milch. (Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhyg., 1914, Bd. XXIV, S. 156.)

Lindet L. (1). Sur les matières albuminoides solubles du lait. (Compt. rend., 1913, Bd. CLVII, S. 307.)

— (2). Solubilité des albuminoides du lait dans les éléments du sérum; rétrogradation de leur solubitité sous l'influence du chlorure de calcium. (Rev. gen. du lait, 1913, Bd. IX, S. 373.)

— (3). Sur les caseines du lait. (Bull. soc. chim., 1913, Bd. XIII, S. 1001.) (Dasselbe wie in den beiden ersten Arbeiten.)

O. Lobeck. Neues Verfahren zum Entkeimen von Milch und seine Apparate. (Molkereizeit., Hildesheim, 1913, Nr. 57.)

Edward W. Long und **Clarence E. May.** (Journ. of ind. and engin., Chem., 1913, Bd. V, S. 573.)

Th. Lorenzen. Der Biorisator in der Praxis. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 647.)

James D. Love. Some mooted points on the feeding of infants. (Southern. Med. Journ., 1913, Bd. VI, S. 431.)

Hermann C. Lijthgoe. (Journ. of ind. and engin., Chem., 1913, Bd. V, S. 922.)

Martin. (Ann. des Falsif., 1913, Bd. VI, S. 662.)

F. F. Matenaers. Die Nutzbarkeit der Melkmaschine. (Landwirtschaftliche Umschau, 1913, Nr. 45, S. 1032.)

Edward B. Meigs und **Howard L. Marsh.** The comparative composition of human milk and of cows milk. (Journ. of biol. Chem., 1913, Bd. XIV, S. 147.)

O. Metzer. Ist die Festsetzung einer untersten Fettgrenze für Vollmilch zweckmäßig? (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 482, 522, 545, 574, 609.)

L. Michaelis und **A. Mendelsohn.** Die Wirkungsbedingungen des Labfermentes. (Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. LVIII, S. 315.)

C. Müller-Kögler. Milchleistungsprüfungen bei Ziegen. (Milchwirtschaftliches Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 673.)

Fritz Näf. Beobachtungen über Eiweißmilch. (Dissertation, Zürich, 1913.)

Nance. Essentials of the new Chicago milk ordinance. (Illinois Med. Journ., 1913.)

L. Nattan-Larrier. Sur le passage des trypanosomes dans le lait. (Revue de pathol. comp. 1913, Bd. XIII, S. 4.)

Julius Neumann. Laktation und Genitalzustand. (Klinisch-therap. Wochenschr., 1913, Nr. 38, S. 1145.)

Nevermann. Das Biorisatorverfahren nach Dr. Lobeck. Ein neues Verfahren der Milcherhitzung. (Biol. tierärztl. Wochenschr., 1913, Nr. 48.)

Friedrich Niklas. Zur Frage der Plazentarhormone und der Verwendung von Plazentarsubstanzen als Laktagoga. (Monatsschr. f. Geburtsh. und Gynäkol., 1913, Bd. XXXVIII, Ergänzungsheft S. 60.)

Vladimir Njegovan. Enthält die Milch Phosphatide? (Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. LIV, S. 78.)

P. Nobécourt und **G. Schreiber.** Essais sur le lait albumineux. Les dangers de la privation du sucre chez le nourrisson. (Bull. soc. ped. de Paris, 1913, Bd. XV, S. 377.)

Charles E. North. The public valne of different milks. (Med. rec., 1913, Bd. LXXXIV, S. 924.)

Chas. H. O'Donoghue. The artificial production of corpora lutea and their relation to the mammary glands. (Proc. of the Physiol. Soc., London, 15. Februar 1913.)

M. Orlowsky. Über das Eiweiß der Kuhmilch und der Kuheuter. (Dissertation, Petersburg 1913.)

R. v. Ostertag. Die neuen Normativbestimmungen für die Regelung des Milchverkehres im Königreich Preußen. (Zeitschr. f. Fleisch-

u. Milchhyg., 1913, Bd. XXIV, S. 1.) (Aufzählung und Begründung der von dem preußischen Ministerium für Landwirtschaft usw. aufgestellten Grundsätze.)

— (2). Tuberkulose und Milch. (Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhyg., 1913, Bd. XXIV, S. 49, 75, 99, 122.)

J. Ott und **J. C. Scott.** On the inhibitory and synergistic hormones of the secretion of milk. (Proc. ot the Soc. f. exper. Biol., New York, 1913, Bd. X, S. 19,)

J. Paechtner. Über „alkoholhaltige" Milch. (Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhygiene, 1913, Bd. XXIII, S. 556.) (Referat der den gleichen Gegenstand behandelnden Arbeit von Voetz und Paechtner in Biochem. Zeitschr., Bd. LII, S. 73.)

Paula Philippson. Über die Entwicklung junger Säuglinge bei künstlicher Ernährung. (Monatschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 157.)

M. Ch. Porcher. Les qualités, que doit posséder un bon lait desséché au point de vue médical. (Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 433.)

Emil Raitsits. Falsche Laktation (Pseudolaktation.) (Berliner tierärztl. Wochenschr., 1913, Nr. 47.)

A. A. Ramsay. (Journ. soc. Chem. ind., 1913, Bd. XXXII, S. 998.)

T. Brailsford Robertson. The preparation and properties of a compound protein; globin caseinate. (Journ. of biol. Chem., 1913, Bd. XIII, S. 499.)

H. Rohonyi. Kolloidchemische Eiweißstudien. (Biochem. Zeitschrift, 1913, Bd. LIII, S. 179.)

W. Rullmann. Rückblicke auf die milchhygienischen Forschungen der letzten 12 Jahre. (Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk. I., 1913, Bd. LXXI, S. 165.)

Ruot. Bacillus lactis fermentens sporogène ferment butylèneglycolique du sucre du lait. (Comp. rend., 1913, Bd. CLVII, S. 297.)

Hans Sachs. Untersuchungen über die Beeinflussung der Enzyme der Milch durch Zusatz von Konservierungsmitteln. (Dissertation, Stuttgart 1912.)

Riccardo Sanfelice. (Staz. sperim. agr. ital., 1913, Bd. XLVI, S. 550.)

E. A. Schäfer. On the effect of pituitary and corpus luteum extracts on the mammary gland in the human subject. (Quarter. Journ. of Physiol., 1913, Bd. VI, S. 17.)

Kurt Schern. Labtabletten für die Labhemmprobe zur Diagnose der pathologischen Milch und Mastitiden. (Berliner tierärztl. Wochenschr., 1913, Nr. 49.)

G. Schiekele. Der Einfluß der Ovarien auf das Wachstum der Brustdrüsen. (Beiträge zur Lehre der inneren Sekretion. (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1913, Bd. LXXIV, S. 332.)

Arthur Schloßmann. Über keimfreie Rohmilch. (Arch. f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. LX/LXI S. 676.)

E. Schrader. Ungewöhnliche Laktation. (Berliner tierärztl. Wochenschr., 1913, Nr. 43.)

E. S. Schroeder. An experiment with raw and heated cows milk and its lesson. With comments on bacillus abortus. (Amer. Journ. of Dis. of Children, 1913, Bd. VI, S. 334.)

S. B. Schryver. (1). Some investigations on the phenomena of clot formations. I. On the clotting of milk. (Proceedings of the R. Soc., 1913, Bd. LXXXVI, S. 460.)

— (2). Notes on some further experiments on the clotting of caseinogen solutions. (Biochem. Journ., 1913, Bd. VII, S. 568.)

G. Schütz und **L. Wein.** Beiträge zur Beurteilung der Milchverfälschung auf Grund der Lichtbrechung des Serums. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- u. Genußmittel, 1913, Bd. XXVI, S. 177.)

P. Sisley und **Ch. Porcher.** De l'élimination des matières colorantes artificielles par la mammelle. (Compt. rend., 1913, Bd. CLVII, S. 129.)

Olaf Skar. Verhalten der Leukozyten der Milch bei der Methylenblau-Reduktaseprobe. (Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhyg., 1913, Bd. XXIII, S. 442.)

B. Slowtzoff, V. Soudaeowa und **P. Glagolew.** Sur le problème de l'action de la présure. (Compt. rend., soc. biol., 1913, Bd. LXXV, S. 537.)

Oskar v. Sobbe. Milchchemisches Praktikum. (Leipzig 1913, Veit & Co.)

Joseph Stehlik. Zur Frage der Kuhmilchhämolyse. (Dissertation, Wien, Tierärztl. Hochsch., 1913.)

Franz Steinitz und **Richard Weigert.** Erfahrungen mit Molkensuppe bei Säuglingen. (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XII, S. 243.)

Ströbele. Die Arbeit der Kühe und der Einfluß der Arbeitsleistung auf die Milchmenge und den Fettgehalt. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 429.)

Lorenzo Sympa. Sul contenuto in ifomiceti del lattosio commercio. (Rivista ospit., 1913, Bd. III, S. 596.)

Erwin Thomas. Zur Biologie der Kolostrumkörperchen. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd, VIII, S. 291.)

A. Uffenheimer. Neuere Untersuchungen zur Kaseinfrage. (Ref. in Zeitschr. f. Kinderheilk. (Referate), 1913, Bd. VII, S. 71.)

Ralph Vincent. On pasteurized milk and its effects. (Amer. Med., 1913, Bd. XIX, S. 365.)

H. Weigmann. Die Pasteurisierung der Marktmilch. (Molkereizeitung, Hildesheim, 1913, Bd. 67.)

William H. Welker und **Howard L. Marsh.** (Journ. of the Amer. Chem. Soc., 1913, Bd. XXXV, S. 823.)

Ruth Wheeler. Feeding experiments with mice. (Journ. of exper. Zool., Bd. XV, S. 209.)

R. Willheim. Zur Chemie des Kaseins aus Frauen- und Kuhmilch. (Vortrag von der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, Wien, 1913.)

A. Wojkiewicz. Untersuchung der Moskauer Marktmilch. (Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., II., 1913, Bd. XXXIX, S. 53.)

A. Wolff. (1). Beobachtungen über ein Oidium blauer Milch, sowie über Bacterium syncyaneum und Bacterium cyaneofluorescens. (Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk. II., 1913, Bd. XXXVIII, S. 289.)

— (2). Blaue Milch. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1913, S. 571.) (Dasselbe wie 1).

— (3). Säuerungsbakterien, insbesondere Milchsäurelangstäbchen und Propionsäurebildner in Molkereiprodukten, speziell in den verschiedenen Käsesorten. (Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., II. Abt., 1912, Bd. XXXIV, S. 494.)

— (4). Zur Frage nach den Beziehungen zwischen Bakterienflora der Milch und der Weide. (Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., II. Abt., 1913, Bd. XXXIX, S. 411.)

— (5). Was ist Yoghurt und Intestibakter und worin besteht deren Wirkung? (Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, 1913, Bd. XLV, S. 673.)

Wilhelm Wolf. Das spezifische Gewicht des Milchserums und seine Bedeutung für den Nachweis der Milchwässerung. (Dissertation, Stuttgart, 1912.)

Allgemeines.

Meigs und Marsh berichten über umfangreiche Untersuchungen von Kuh- und Frauenmilch. Ihre Zusammensetzung wurde folgendermaßen gefunden:

Frauenmilch.

		Gesamt-N %	Zucker %	Fett %	Asche %	Trocken-substanz %
5. bis 9. Tag post partum	Nr. 4	0·2242	6·771	2·204	0·187	11·123
	Nr. 6	0·2765	6·443	2·225	0·181	11·263
	Nr. 7	0·1956	6·379	2·868	0·152	11·033
	Nr. 8	0·2622	6·504	2·028	0·196	10·997
	Nr. 10	0·2844	6·574	3·140	0·252	12·431
5 Monate nach der Geburt		0·1609	7·080	4·081	0·180	12·665
Am Ende der Laktation		0·1960	7·299	0·853	0·163	9·586

Kuhmilch.

0·4959	4·616	3·220	0·681	11·721
—0·5948	—5·005	—5·395	—0·771	—15·247

Der Gesamtstickstoff verteilte sich bei den Milcharten in folgender Weise:

	Gesamt-N %	Kasein + Globulin-N %	Albumin-N %	Nicht fällbarer N %
Frauenkolostrum . .	0·2962	0·1572	0·0514	0·0876
Frauenfrühmilch . . .	0·2186	0·1377	0·0267	0·0542
Kuhmilch	0·5135— 0·5623	0·4119— 0·4925	0·0426— 0·0586	0·0216— 0·0448

Die Marshall-Welkersche Methode (cf. S. 32) gab hinsichtlich des nicht mehr fällbaren Stickstoffes etwas abweichende Werte.

Die mit Äther entfettete Milch wurde nach dem Einengen mit Alkohol extrahiert. Beim Verdunsten desselben verblieb ein Rückstand, der in Äther löslich war. Die in Äther unlösliche Substanz war in Wasser und Säuren gleichfalls unlöslich, löslich dagegen in Alkohol, Chloroform und Alkalien. Sie gab die Millonsche und die Biuretreaktion und enthielt 13·8% N. Ihre Asche war phosphorhaltig. In Frauenmilch war die Substanz in größerer Menge enthalten als in Kuhmilch. Die aus Frauenmilch erhaltene Substanz, die tetragonal kristallisiert, war löslich in Äther und Azeton, schwerer in 95%igem Alkohol und nahezu unlöslich in Wasser. Sie enthielt Schwefel, aber keinen Stickstoff. Die Menge der bisher unbekannten alkohollöslichen Substanz betrug in 3 Frauenmilchproben 0·391%, 0·495%, 1·378%, in 2 Proben Kuhmilch 0·187%, 0·586%. Die höheren Werte wurden in Frühmilch, die niederen in Spätmilch gefunden.

Klose untersuchte die täglichen Schwankungen im spezifischen Gewicht und im Fettgehalt der Milch einer Herde von 70 Stück. Er fand, daß innerhalb weniger Tage selbst bei gleichbleibendem Futter beide Werte nicht unbeträchtlichen Schwankungen unterworfen sein können. In der Regel verändern sich aber nicht beide Werte zu gleicher Zeit und in gleichem Sinne, insbesondere sind

die Fälle sehr selten, in denen das spezifische Gewicht der Milch sich in wenigen Tagen sehr wesentlich verändert.

Bonn untersuchte die Milch von 631 holländischen Kühen. Der tägliche Milchertrag belief sich im Durchschnitt auf 13·08 Liter, der Fettgehalt betrug in der Mehrzahl der Fälle (zirka 89%) zwischen 3·01% und 4·00%, die Menge der fettfreien Trockensubstanz war bei ebenfalls 89% aller Milchproben höher als 8·5%.

Ramsay gibt eine Zusammenstellung über die Zusammensetzung der Milch einer Herde von einigen 60 Kühen im Verlaufe eines Jahres. Die mittlere Zusammensetzung war folgende:

	Morgenmilch %	Abendmilch %	Mittel %
Trockensubstanz	12·70	13·08	12·90
Fett	3·09—4·58 (3·76)	3·40—5·00 (4·21)	3·99
Kasein	2·77—3·54	2·87—3·39	
Albumin	0·22—0·53	0·15—0·57	
Zucker	4·58—4·99	4·58—4·99	
Asche	0·67—0·72	0·66—0·75	

Nach Untersuchungen von Kling besitzt die in der Umgebung von Paris produzierte Milch mehr als 9·0% fettfreie Trockensubstanz und mindestens 3·3% Eiweiß.

Dovey untersuchte die Milch von Karabaobüffelkühen. Sie hatte im Mittel folgende Zusammensetzung: spezifisches Gewicht (17·5°C) 1·0364, Trockensubstanz 21·55%, Fett 10·35%, Eiweiß 5·88%, Kasein 5·35%, Albumin 0·53%, Zucker 4·32%, Asche 0·844% (davon Cl 0·029% (!), CaO 0·274%, P_2O_5 0·310%), spezifisches Gewicht des Serums 1·0345 (!). Der enorm niedrige Wert für Chlor sowie das hohe spezifische Gewicht des Serums lassen Zweifel an der Richtigkeit dieser Werte nicht unangebracht erscheinen.

Von Biro wird die Zusammensetzung von ungarischer Schafmilch folgendermaßen angegeben:

	April	Mai	Juni	Juli	August
Spez. Gew. der Milch . . .	1·0370	1·0374	1·0370	1·0372	1·0364
Spez. Gew. des Serums . . .	1·0338	1·0335	1·0327	1·0328	1·0330
Spez. Gew. der Trockensub. .	1·2563	1·2428	1·2349	1·2283	1·2087
Trockensubstanz % . . .	15·57	18·40	18·40	19·56	20·63
Fett %	6·34	6·84	7·41	7·63	9·02
Fettfreie Trockensubstanz %	11·23	11·78	11·75	11·97	11·55
Asche %	0·78	0·80	0·72	0·77	0·82

Barthel und Bergman untersuchten mehrere Proben Renntiermilch, deren mittlere Zusammensetzung folgende war: Wasser 63·30%, Eiweiß 10·30%, Fett 22·46%, Milchzucker 2·50%, Asche 1·40%. Eine Aschenanalyse ergab folgende Werte: K_2O 14·64%,

Na_2O 16·20%, CaO 25·28%, MgO 2·72%, P_2O_5 30·44%, SO_3 1·68%, Cl 4·17%. Die Größe der Fettkügelchen wurde in allen Fällen zu 1 bis 14 μ bestimmt. Ihr mittlerer Durchmesser betrug zirka 5 μ.

Eiweißkörper.

Lindet und Ammann hatten früher der Anschauung Ausdruck gegeben (siehe dieses Referat, 1906, I. Semester), daß im Milchserum außer dem Milchalbumin noch gelöstes Kasein enthalten sei. Neuerdings gibt nun Lindet (1) an, daß das Albumin des Serums in allen seinen Eigenschaften außer dem Drehungsvermögen mit dem Kasein übereinstimme. Die Drehung des letzteren betrage — 116°, die des Albumins — 30°. Wegen der großen Ähnlichkeit — Ausflockung beim Erhitzen auf 75°, Fällbarkeit durch Karbolsäure, Löslichkeitsverhältnisse — bezeichnet Lindet das Albumin als β-Kasein, im Gegensatze zum α-Kasein, dem früher als lösliches Kasein bezeichneten Eiweißstoffe. Lindet empfiehlt, die Bestimmung dieser löslichen Eiweißkörper in der Weise vorzunehmen, daß die Sera auf 2·0% Milchsäure gebracht und mit 5% Karbolsäure oder 2·5% Karbolsäure + 2·5% Quecksilbersulfat gefällt werden. In 1 Liter Milch soll 1·38 bis 6·45, durchschnittlich 3·45g α-Kasein, 0·57 bis 4·74, durchschnittlich 2·91 g β-Kasein enthalten sein. Nach einer weiteren Mitteilung von Lindet (2) existieren in der Milch nur 2 Kaseine, von denen das α-Kasein die Hauptmenge ausmacht, während das β-Kasein nur in den oben erwähnten geringen Mengen vorkommt. Diese Anschauung begründet er mit dem Verhalten der Milch gegen Chlorkalzium. Er nimmt an, daß Zusatz desselben zur Milch infolge der Bildung von Kalziumphosphat und -zitrat Änderungen in der Natur der Lösungsmittel der beiden Kaseine geschaffen werden, die deren Löslichkeit verändern. In der natürlichen rohen Milch ist nur ein kleiner Teil des α-Kaseins in gelöstem Zustande vorhanden, der größte Teil, zirka 90%, ist in kolloidalem Zustande vorhanden und am leichtesten ausfällbar.

Unter den kolloidchemischen Eiweißstudien Rohonyis interessiert uns außer der Erscheinung, daß Pepsin mit Eiweißlösungen, also auch mit Kasein, komplexe Verbindungen eingeht, welche nach Zusatz des Fermentes zu der Eiweißlösung ausgeflockt werden, und deren Bildung unabhängig davon, ob das Ferment wirksam ist oder nicht (gekochtes Ferment), vor allem seine auf dieser Erscheinung basierende Anschauung über das Paranuklein. Robertson hatte gefunden, daß, wenn die peptischen Verdauungsprodukte des Kaseins mit einer konzentrierten Lösung von Grüblers Pepsin zusammengebracht wurden, ein als Paranuklein bezeichneter Niederschlag entstand. Diesen Befund konnte Rohonyi bestätigen, wenn Grüblers Pepsin benutzt wurde, nicht aber bei Verwendung eines Merckschen Präparates. Dieser Unterschied wird durch einen im Grüblerschen Pepsin enthaltenen hitzekoagulablen Eiweißkörper bedingt. Dieser geht mit den Spaltungsprodukten des Kaseins (Kaseosen) eine Verbindung von der oben geschilderten Art ein. Diese Anschauung wird

durch folgenden Versuch begründet: Ein Teil von einer 4%igen, 1·5% Grüblerschen Pepsins enthaltenden Kaseoselösung wird zum Kochen erhitzt; Bildung eines sofort auftretenden starken Niederschlages. Ein anderer Teil wurde 24 Stunden bei 65° (Reaktionsoptimum nach Robertson) digeriert. Es enstand ebenfalls ein Niederschlag. Wurde von diesem abfiltriert und das Filtrat zum Sieden erhitzt, blieb dieses klar. Es handelt sich bei der von Robertson gemachten Beobachtung sonach nicht um eine enzymatische Synthese, sondern um die Bildung eines Kolloidkomplexes: Kaseose-Eiweiß. Ganz analog ist auch die von Danilewski gemachte Beobachtung der Plasteinbildung zu erklären.

Nach Untersuchungen von Schryver (1) büßt Kasein bei längerer Einwirkung von Wasser, in noch höherem Maße in essigsaurer Suspension (0·1% Essigsäure), bei Zimmertemperatur oder bei 37° einen großen Teil seiner Löslichkeit in Kalkwasser ein, indem sich nur noch ein Drittel der normalerweise sich lösenden Kaseinmenge auflöst. Schryver nennt das so veränderte Produkt Metakasein. Dieses kann durch Lösen in Natronlauge und Wiederfällen mit Essigsäure wieder in normales Kasein übergeführt werden, vorausgesetzt, daß der Niederschlag nicht zu lange mit der Säure in Berührung bleibt. Das durch Labgerinnung erhaltene Gerinnsel ist nach seinen weiteren Untersuchungen (2) von dem Metakasein verschieden und kann durch Lösen in Alkali und Wiederfällen mit Säure in normales Kasein übergeführt werden.

Dakin und Dudley (1) hatten früher gefunden, daß bei der Behandlung von Eiweißlösungen (Gelatine) mit verdünnten Alkalien ihre optische Aktivität abnimmt und daß dann bei der Hydrolyse einige der als Spaltungsprodukte entstehenden Aminosäuren inaktiv sind. Es findet also eine Razemisierung statt. In ihrer vorliegenden Publikation teilen sie ihre am Kasein gewonnenen Resultate mit. Eine 10%ige Kaseinlösung in $\frac{n}{2}$ Sodalösung wurde bei 37° digeriert, bis die optische Drehung auf einen konstant bleibenden Wert gesunken war. Das so gebildete „razemische Kasein" wurde durch Säure gefällt. Seine Zusammensetzung wich von der des normalen Kaseins nicht unbeträchtlich ab:

	C	N	H
Gewöhnliches Kasein . .	52·9%	15·6%	7·05%
Razemisches Kasein . .	53·5%	12·5%	7·03%

Weiterhin ergab sich, daß der Phosphorgehalt des razemischen Kaseins erniedrigt, der Schwefelgehalt dagegen erhöht war. Es war also eine Spaltung des Kaseins eingetreten. In dem Filtrat von dem „razemischen Kasein" wurde durch Ammoniumsulfat eine albumoseartige Substanz, „razemische Kaseose" gefällt. Das Filtrat hiervon gab mit Tannin einen Niederschlag, die Biuretreaktion und die Millonsche Reaktion. Die bei der Hydrolyse entstehenden Aminosäuren hatten folgende optische Eigenschaften:

	Kasein	Kaseose
Alanin	inaktiv (und δ[1])?)	inaktiv (und δ?)
Valin	δ und inaktiv	δ und inaktiv
Leuzin	l und inaktiv	l und inaktiv
Tyrosin	inaktiv	inaktiv
Phenylalanin	inaktiv	inaktiv
Prolin	l	l
Asparaginsäure	inaktiv	inaktiv
Glutaminsäure	inaktiv	inaktiv
Arginin	inaktiv	inaktiv
Lysin	inaktiv	inaktiv
Histidin	inaktiv	inaktiv

Diese beiden Eiweißkörper verhielten sich nach weiteren Untersuchungen von Dakin und Dudley (2) vollkommen resistent gegen die Wirkung von Pepsin, Trypsin und Erepsin. Es konnte in keinem Falle ein Abbau durch diese Fermente erzielt werden. Bei der Verfütterung an einen Hund erschienen sie unverändert in den Fäzes wieder. Bei der subkutanen Injektion der Kaseose an einen Hund erschien diese unverändert im Harn. Durch Fäulnisbakterien wurde lediglich die Kaseose unter Bildung von Indol angegriffen.

Robertson stellte durch Vermischen von 2 Teilen einer alkalischen Globinlösung und 1 Teil einer Kaseinlösung eine Verbindung beider Eiweißkörper: Globinkasein her. Dieses steht hinsichtlich seiner Eigenschaften in der Mitte zwischen den beiden Komponenten, indem der saure Charakter des Globins ebenso wie der basische Charakter des Kaseins in der neuen Verbindung in verstärktem Maße zum Ausdruck kommt. Durch Essigsäure in der Kälte wird die Verbindung nicht gespalten, wohl aber beim Erhitzen oder bei kurzdauernder Pepsinwirkung. Die Refraktion des Globinkaseinates ist eine additive Funktion der Refraktionen seiner Komponenten.

Foremann isolierte bei der Hydrolyse des Kaseins aus der Prolinfraktion Aminobuttersäure, sowie eine andere, saure Substanz, die vermutlich einen Piperidinring enthält, die Hälfte ihres Stickstoffes als Aminostickstoff enthält und ein charakteristisches Kupfersalz gibt. Sein Cu-Gehalt betrug 24·01%.

Orlowsky erhielt aus den Fettkügelchen der Kuhmilch einen eisenhaltigen Eiweißkörper, der auch Phosphor enthielt und wegen

[1]) δ = rechts drehend, l = links drehend.

seines Mangels an Purinbasen und Pentosen als ein Nukleoalbumin angesehen wird. Die Zusammensetzung war folgende: N = 15·07%, P = 0·21%, S = 1·02%, Fe = 0·07%.

Phosphatide.

Njegovan trocknete Milch durch Zusatz von wasserfreiem Natriumsulfat und nachfolgender Aufbewahrung im Schwefelsäureexsikkator. Das getrocknete Material wurde mit Äther, Chloroform, Azeton, Methyl-, Äthylalkohol oder Benzol extrahiert. Nur bei den methylalkoholischen Extrakten konnte in sehr geringen Mengen Phosphor nachgewiesen werden. Njegovan ist daher der Meinung, daß in der Milch keine Phosphatide enthalten sind und daß die von verschiedenen anderen Autoren gefundene phosphorhaltige Substanz nicht mit den Phosphatiden identisch sein dürfte.

Fett.

Laxa untersuchte die Lipoide der Milchdrüse und des Zentrifugenschlammes. In beiden wurde ein Fett gefunden, das hinsichtlich seiner Konstanten erheblich von dem eigentlichen Milchfette abweicht und zum Teil angeblich vegetabilen Charakter besitzt (Chlorophyll, seine Anwesenheit wird aber nicht einwandfrei bewiesen). Phosphatide wurden in der Milchdrüse in reichlicher Menge, im Zentrifugenschlamm nur in geringen Mengen gefunden. Schließlich wurde noch Cholesterin aus dem Zentrifugenschlamm isoliert. Es wäre sicher lohnend gewesen, die erhaltenen Befunde mit denen des Talgdrüsensekretes zu vergleichen. Es dürften sich da verschiedene Parallelen finden lassen.

Beerbohm stellte Untersuchungen über die Veränderungen des Milchfettes in der Milch einzelner Kühe im Verlaufe der Laktation und unter dem Einflusse der Fütterung an. Nach seinen Versuchsergebnissen steigt in den ersten 3 bis 4 Monaten der Laktation die Menge der flüchtigen, wasserlöslichen Säuren von einem Minimum, wie es im Kolostrum enthalten ist, bis zu einem Maximum an, um dann wieder im geringerem Grade abzunehmen. Natürlich werden diese Verhältnisse durch die Fütterung weitgehend beeinflußt. Die flüchtigen, wasserunlöslichen Säuren erfahren während der gesamten Laktation eine Steigerung. Einen erhöhten Gehalt an flüchtigen Säuren überhaupt enthält das Milchfett nach der Verfütterung von Rüben, Serradella und Weizenkleie sowie frischer Gräser in den ersten Sommermonaten. Knappe Fütterung sowie Stroh drücken den Gehalt an diesen Säuren merklich herab. Erkrankungen oder Brünstigwerden der Tiere rief in einigen Fällen ein rapides Sinken der flüchtigen Fettsäuren hervor. In einem Fall aber wurde bei Verdauungsstörungen ein rapides Ansteigen der Polenskeschen Säuren beobachtet. Aus dem Gesagten geht hervor, daß ein Parallelismus zwischen Reichert-Meißlscher und Polenskescher Zahl nicht besteht. Die Höhe der Verseifungszahl

richtet sich nach diesen beiden Zahlen, während anderseits die Refraktion des Butterfettes sich in umgekehrter Richtung bewegt.

v. Fodor (1) untersuchte das Fett der Milch von altmelken Tieren. Er fand, daß ganz allgemein die Reichert-Meißlsche Zahl solchen Fettes erniedrigt war. Bei Schafmilchfett trat diese Erniedrigung in noch höherem Maße hervor. Die Jodzahl war beim Kuhmilchfett deutlich erhöht, während beim Schafmilchfett eine Erniedrigung eintrat. Auch der Säuregehalt des Milchfettes altmelker Kühe war gegenüber dem von frischmilchenden Kühen erhöht. Weiterhin trat eine schnellere Zersetzung des Milchfettes altmelker Kühe ein, was in der größeren Zunahme der Säurezahl bei der Aufbewahrung zum Ausdruck kam. Worauf diese größere Zersetzbarkeit beruht, läßt v. Fodor unentschieden.

v. Fodor (2) stellte aus Kuh- und Schafmilchfett die flüchtigen Fettsäuren her und isolierte aus diesen die Kapronsäure. Nach älteren Literaturangaben soll die im Milchfett enthaltene Kapronsäure nicht die normale sein, sondern Isobuthylessigsäure vorstellen. Von dem Kalksalze der letzteren lösen sich in 100 Teilen Wasser von 18·5° 11·3 Teile, von dem der ersteren jedoch nur 2·7 Teile. Es zeigte sich, daß sowohl das aus Kuhmilchfett wie das aus Schafmilchfett hergestellte Kalziumkapronat nur n-Kapronsäure enthielt.

Amberger untersuchte Kuhmilchfett hinsichtlich seiner Bestandteile nach der Methode von Bömer mittelst fraktionierter Kristallisation. Es wurde zunächst auf die am schwersten löslichen Kristallfraktionen gefahndet und in einer Butter Tristearin gefunden. In 2 anderen Butterfetten wurde Palmitodistearin als am schwersten lösliches Glyzerin gefunden, in einer der beiden letzteren wurde außerdem Stearodipalmitin nachgewiesen. Nach diesen Ergebnissen ist das von Siegfeld bezweifelte Vorkommen von Stearinsäure im Butterfette festgestellt. Bewiesen ist ferner endgültig das Vorkommen gemischter Glyzeride im Butterfette.

Arnold untersuchte eine Butterprobe, die folgende Konstanten aufwies:

Refraktion Butterskala	bei 40°	Verseifungszahl	Reichert-Meißlsche Zahl	Jodzahl	Polenskesche Zahl
— 4·2	40	235	32·0	**21·6**	2·5

Das vorliegende Butterfett dürfte wohl das mit der niedrigsten bisher bekannt gewordenen Jodzahl sein.

Von den Untersuchungen Baintners interessieren uns die Konstanten von Büffelmilchfett:

Säuregrad	Reichert-Meißlsche Zahl	Verseifungszahl	Jodzahl
2·9	39·6	223·9	24·5

Martin berichtet über die Zusammensetzung des Schafmilchfettes. Seine Untersuchungen bestätigen die früheren Befunde

anderer Autoren, die gegenüber Kuhmilchfett einen sehr hohen Gehalt an flüchtigen unlöslichen Fettsäuren im Schafmilchfett feststellten. (2·53 — 7·01, Mittelwert 4·40 cm³ $\frac{n}{10}$ NaOH.)

Renntiermilchfett (aus Käse gewonnen) hatte nach Untersuchungen von Barthel und Bergman folgende Zusammensetzung:

Verseifungszahl	Reichert-Meißlsche Zahl	Polenskesche Zahl	Jodzahl	Refraktion bei 40°
226·1	34·6	1·1	23·3	41·4

Das Renntiermilchfett besitzt somit weitgehende Ähnlichkeit mit dem Kuhmilchfett.

Kohlenhydrate.

Sympa untersuchte Milchzuckerproben des Handels. Eiweiß und Fett waren darin in sehr spärlichen Mengen enthalten. Die bakteriologische Untersuchung ergab, daß die fabrikmäßig verpackten Proben im großen und ganzen steril waren. Nur vereinzelt konnten geringe Mengen von Bakterien der Mesentericusgruppe aufgefunden werden. Offen verkaufter Milchzucker zeichnete sich hingegen durch einen außerordentlich großen Gehalt von Schimmelpilzen aus. (Aspergillus und Penizillium.)

Salze.

Bertrand und Agulhon stellten das Vorkommen von Bor in der Milch fest. Sie bestimmten seinen Gehalt in Frauenmilch zu 0·08 mg, in Eselinnenmilch zu 0·1 mg, in Kuhmilch zu 0·2 mg pro Liter. Das Bor befindet sich als Borat in der Milch.

Enzyme.

Teils zur Feststellung des originären Ursprungs verschiedener Milchenzyme, teils um die Funktionen der laktierenden Drüse kennen zu lernen, untersuchte Grimmer (1) die laktierenden und ruhenden Milchdrüsen von Pferd, Rind, Schaf und Schwein. Er fand, daß in der tätigen wie in der ruhenden Drüse dieser Tiere proteolytische Fermente enthalten sind, die anscheinend aber nur die Eiweißkörper der Milchdrüse, nicht aber organfremdes Eiweiß abzubauen vermögen (Fibrin, Gelatine, koaguliertes Hühnereiweiß). Seidenpepton wurde von allen Drüsen unter Bildung von Tyrosin abgebaut. Die tätigen Milchdrüsen unterschieden sich von den ruhenden dadurch, daß bei den ersteren der Eiweißabbau unter Tryptophanbildung verlief, bei den letzteren aber nicht. Monobutyrinase wurde in sämtlichen Drüsen gefunden, ebenso Amylase und Salolase. Bezüglich der letzteren konnte gezeigt werden, daß die Salolspaltung ein fermentativer Vorgang ist und nicht auf die verseifende Wirkung von Alkalien zurückgeführt werden kann. Guajakperoxydase wurde

ausschließlich in den laktierenden Drüsen der Wiederkäuer gefunden. Ob eine Paraphenylendiamin oxydierende Peroxydase in diesen wie in den laktierenden Drüsen der anderen Tiere enthalten ist, konnte nicht festgestellt werden, da die Drüsen nicht vollkommen blutfrei zu erhalten waren. Es ist anzunehmen, daß die Paraphenylendiaminperoxydase und die Guajakperoxydase der verschiedenen Milcharten verschiedene Fermente sind, da sich in manchen Milcharten nur die erstere findet. (Frau, Pferd, Esel, Schwein, Hund.)

Nach Untersuchungen von Skar verläuft der Leukozytengehalt der Milch einer gesunden Kuh annähernd proportional dem Fettgehalte. Die zuerst ermolkene Milch hat den niedrigsten, die zuletzt ermolkene den höchsten Leukozytengehalt. Parallel hiermit verläuft der Reduktasegehalt, wie aus folgendem Versuch ersichtlich ist:

	Trommsdorff'sche Probe	Leukozyten in 1 cm³	Entfärbungszeit
1. Portion	0·35 ‰	586.500	zirka 17 Stunden
2. „	0·30 ‰	510.000	„ 19 „
3. „	1·1 ‰	3,009.000	„ 12 „
4. „	2·1 ‰	6,706.000	„ 8—9 „

Dieser Versuch ist besonders typisch; andere Versuche verliefen in gleichem Sinne, indem sich zeigte, daß eine leukozytenreiche Milch sich stets schneller entfärbte als eine leukozytenarme. Zur Entscheidung darüber, ob die reduzierende Eigenschaft dem Fette zuzuschreiben ist oder einer anderen Substanz, wurden Leukozyten aus einer Lymphdrüse eines Rindes in wechselnden Mengen zu sterilisierter Milch hinzugefügt. Auch hier ergab sich ein Parallelismus zwischen Fettgehalt der Milch und Reduktionsgeschwindigkeit. Wurde leukozytenreiche Milch sofort nach dem Zusatze von Methylenblau zentrifugiert, so entfärbte der Bodensatz sehr viel rascher als die überstehende Milch. Endlich wurden noch gewaschene Leukozyten auf ihre Fähigkeit, zu reduzieren, geprüft; das Resultat fiel positiv aus. Die neuerdings sich geltendmachende Anschauung, daß die Methylenblaureduktase der Milch bakteriellen Ursprungs sei, wäre demnach dahin zu korrigieren, daß der Milch eine, wenn auch sehr geringe Eigenreduktion zukäme.

Das Glyzyltryptophan spaltende Ferment, das von Wohlgemuth und Strich sowie von Warfield bereits in Milch nachgewiesen worden war, wurde von Koch stets in Frauenmilch gefunden, auch wenn dieselbe auf das 10fache verdünnt worden war. Bei noch größeren Verdünnungen versagte die Reaktion. Von 34 Kuhmilchproben zeigten nur 10 eine positive Reaktion. Dabei gaben von 10 Einzelmilchproben 5 ein negatives, 2 ein schwach positives und 3 ein stark positives Resultat. Durch Erhitzen der Frauenmilch auf 100° wird ihre spaltende Fähigkeit vernichtet, ebenso wirkt ein 1stündiges Erwärmen auf 62° bis 65°, während die gleiche Erhitzungsdauer auf 50° die Reaktion nicht beeinträchtigte.

Davidsohn (2) studierte die Wirksamkeit der Magen- und Pankreaslipase sowie der der Frauenmilch nach der stalagmometrischen Methode. Während die beiden erstgenannten auf Grund der verschiedenen Wasserstoffionenkonzentration, die zu ihrer Optimalwirkung nötig ist, als voneinander verschieden angesprochen werden, ergab sich, daß die Lipasen der Frauenmilch und des Blutserums im elektrochemischen Sinne, wenn nicht identisch, so doch nah verwandt mit der Pankreaslipase anzusehen sind.

Die Wirkung der Amylase der Frauenmilch wird nach Lagane (1) durch Wasserstoffsuperoxyd erheblich gefördert. Während Frauenmilch allein Stärke erst nach mehreren Stunden in geringfügigem Maße abzubauen beginnt, bewirkt der Zusatz von einigen Tropfen Wasserstoffsuperoxyd einen vollständigen Abbau bereits nach $^1/_2$ bis 1 Stunde. Gekochte Frauenmilch zeigte diese Erscheinung nicht, Kuh- und Ziegenmilch ebenfalls nicht.

Sachs untersuchte den Einfluß verschiedener Konservierungsmittel auf die Enzymreaktionen der Milch. Für die Peroxydasereaktionen mit Guajaktinktur und Storchschem Reagens (Sachs bezeichnet die Guajakreaktion noch immer als Oxydasereaktion) sind 0·1% Borsäure, 0·04% Salizylsäure, 0·01% Formalin belanglos. Wasserstoffsuperoxyd in geringen Konzentrationen (0·01%) und Kaliumbichromat beschleunigen die Reaktion, größere Konzentrationen von Wasserstoffsuperoxyd und Alkalien verzögern sie. Die Katalasewirkung wird durch die genannten Zusätze, wenn die Milch bald nach dem Zusatze untersucht wird, kaum beeinträchtigt. Bei längerer Einwirkung derselben geben die Karbonate eine vermehrte Gasabscheidung (Sachs berücksichtigt hier nicht die eventuelle Abspaltung von CO_2 aus diesen Salzen durch die Wirkung der Milchsäurebakterien!), während die übrigen Konservierungsmittel verzögernd wirken. Abseits steht das Kaliumbichromat, das zu allen Zeiten eine stark vermehrte Sauerstoffabschiedung zur Folge hat. (Kaliumbichromat allein bewirkt schon eine Spaltung von H_2O_2! Ref.) Die Schardingerreaktion wird durch Salizylsäure und Wasserstoffsuperoxyd geschädigt. (H_2O_2 hat bekanntlich eine oxydierende Wirkung!), durch Alkalikarbonate gefördert. Borsäure beeinflußt die Reaktion nicht. Kaliumbichromat verhindert die Entfärbung. Formalin bei längerer Einwirkung verzögert. Die Milchdiastase wird durch die genannten Milchkonservierungsmittel nicht beeinflußt.

Haptine.

Stehlik bestätigt, daß normale Kuhmilch im allgemeinen keine nennenswerten Mengen hämolytischen Komplements enthält, sie konnten bei einzelnen Tieren vorübergehend, ohne daß eine Ursache hierfür erkennbar war, beobachtet werden. Verschiedentlich konnte auch bei Tieren am Ende der Laktation, kurz vor dem erneuten Abkalben, hämolytisches Komplement in der Milch gefunden werden, ohne daß jedoch dieses Verhalten eine Schlußfolgerung in

dieser Richtung zuließe. Kolostrum und Mastitismilch enthält regelmäßig Komplement.

Bang und Andersen untersuchten außer anderem Material auch die Milch eutertuberkulöser oder verdächtiger Kühe auf das Vorkommen komplementbindender Stoffe. Als hämolytisches System diente: Ziegenblutkörperchen, inaktiviertes Kaninchenserum von einem wiederholt mit Ziegenblutkörperchen intravenös behandelten Kaninchen, Meerschweinchenserum. Letzteres ist genau auf komplementbindende Stoffe zu prüfen. Unter 89 Milchproben enthielten 51 Tuberkelbazillen, 47 davon gaben Komplementbindung, während 4 die Hämolyse nicht hemmten. Von den übrigen 38 Proben, die keine Tuberkelbazillen enthielten, ergaben 31 vollständige Hämolyse, 5 banden und 2 wiesen zweifelhafte Hämolyse auf. In einem Falle, wo die Milchprobe band, konnte später tatsächlich Tuberkulose festgestellt werden.

Gay und Robertson (2) untersuchten die anaphylaktische Wirkung ihres Globinkaseinates. Während Globin allein nach wiederholter Injektion keine anaphylaktischen Erscheinungen hervorruft, tritt eine solche sofort auf, wenn zur erstmaligen Injektion Globinkaseinat verwendet wird. Dieses besitzt Antikörpereigenschaften nicht nur gegen Globinkaseinat, sondern auch gegen seine Komponenten. Es ergaben sich somit Verhältnisse, die nicht ganz analog denen sind, wie sie die gleichen Autoren (1) hinsichtlich ihrer Kuppelungsprodukte von Protaminen mit Kasein gefunden hatten. Während Salmin allein als Antigen unwirksam ist, vermag zwar ein Protaminkaseinatantiserum gegen die Injektion von Proteinkaseinat wie gegen Kasein zu reagieren, nicht aber gegen die von Protamin.

Vitamine.

Nachdem Funk aus Reiskleie eine Substanz isoliert hatte, deren Verfütterung an Tauben, die durch Ernährung mit poliertem Reis an Polyneuritis erkrankt waren, Heilung dieser Krankheit bewirkte, untersuchte er auch andere Futtermittel auf das Vorkommen einer solchen Substanz (Vitamin). Unter anderem fand er diese auch in Milch (1); zu ihrer Herstellung verwendete er ein Trockenmilchpräparat „Trumilk". Dieses wurde auf der Schüttelmaschine 12 Stunden lang mit Alkohol extrahiert, dann im Soxhlet 12 Stunden mit Äther. Die vereinigten Extrakte wurden nach Verdampfung des Lösungsmittels im Vakuum mit 10%iger Schwefelsäure verseift, die unlöslichen Fettsäuren entfernt und die wässerige Lösung mit Phosphorwolframsäure gefällt. Nach dem Zerlegen des Niederschlages mit Baryt wurde ein mit Silbernitrat fällbarer Körper erhalten, der bei 230° schmolz und eine heilende Wirkung bei Polyneuritistauben entfaltete. Später versuchte Funk (2) die Vitaminmenge quantitativ zu bestimmen. Als Vitaminstickstoff wird der in Alkohol übergehende Anteil aus der im Vakuum bei 30° eingedampften Milch angesehen, der mit Phosphorwolframsäure fällbar ist. Aus 1 Liter Vollmilch wurde so 1·7 bis 2·5 mg Vitaminstickstoff erhalten,

entsprechend 2 bis 3 Zentigramm Vitamin. In zentrifugierter Milch wurde stets erheblich weniger (zirka 1·0 bis 1·8 mg N) gefunden. In den Alkohol gehen außer den Vitaminen noch nennenswerte Mengen Allantoin über, welches durch Phosphorwolframsäure nicht gefällt wird. Seine Menge wurde zu 0·06 bis 0·15 g im Liter gefunden.

Physikalisches, Reaktion.

Fleischmann und Wiegner beschäftigten sich mit der bisher noch offenen Frage, worauf die Erhöhung des spezifischen Gewichtes der Milch in den ersten Stunden nach dem Melken zurückzuführen ist. Nach der teilweise experimentellen Kritik aller sonstigen Erklärungsversuche, die nicht geeignet sind, diese Erscheinung einwandfrei zu erklären, befaßt sich Fleischmann eingehend mit der Erklärung von Toyonaga, nach welchem in der teilweisen Erstarrung des Fettes die Ursache der spezifischen Gewichtszunahme zu suchen ist. Die Versuche ergaben, daß Milch, die bei derselben Temperatur aufbewahrt wurde, bei der sie ermolken wurde, selbst nach 24 Stunden keine Zunahme des spezifischen Gewichts erfuhr. Dies war vielmehr nur dann der Fall, wenn die Aufbewahrungstemperatur so niedrig war, daß das Milchfett erstarren konnte. Durch Erwärmen konnte das ursprüngliche spezifische Gewicht der frisch ermolkenen Milch wieder hergestellt werden. Magermilch zeigte bei noch so langem Stehen bei niedrigen Temperaturen diese Erscheinung nicht. Bei wechselndem Fettgehalte der Milch ergab sich zwar keine Proportionalität zwischen Fettgehalt und Zunahme des spezifischen Gewichtes, wohl aber waren direkte Beziehungen zwischen beiden Werten deutlich erkennbar. Der hieraus zu ziehende Schluß, daß in dem Verhalten des Milchfettes die Ursache dieser Erscheinung zu suchen ist, wurde dadurch bestätigt, daß Butterfettemulsionen in Wasser sich ebenso verhielten wie Milch. Daß bei niedrigen Temperaturen ein Teil des Milchfettes erstarrt, wurde mit Hilfe des Polarisationsmikroskops bestätigt.

Lavialle konstatierte, daß in homogenisierter Milch eine lebhafte Brownsche Bewegung der Moleküle vorhanden ist, die der gewöhnlichen Kuhmilch fehlt. Er betrachtet diese Eigenschaft der homogenisierten Milch als außerordentlich wertvoll für die Ernährung, die starke Beweglichkeit der Fetttröpfchen sei geeignet, lebhafte Strömungen in der Milch zu verursachen, wodurch eine weitgehende Durchmischung derselben zustande komme.

Nach Untersuchungen von Kinoshita und Takei hat die Milch von an Kakke leidenden Frauen einen niedrigeren Polarisationsgrad als die gesunder Frauen.

Davidsohn (3) bestimmte die Wasserstoffionenkonzentration der Frauenmilch in 20 Proben, die von 13 Ammen herrührten. Sie wurde zu 0·62 bis $2{\cdot}63 \cdot 10^{-7}$, im Mittel zu $1{\cdot}07 \cdot 10^{-7}$ gefunden. Die großen Schwankungen in dem Befinden erklärt Davidsohn damit, daß die Frauenmilch außerhalb des Organismus sehr rasch weitgehende Veränderungen erfährt, die von Fall zu Fall wechseln.

(Entweichende Kohlensäure, bakterielle oder fermentative Säuerung.) Kuhmilch (5 Proben) zeigte eine viel größere Konstanz der Werte und etwas höhere Azidität als die Frauenmilch, gefunden wurde hier für die H-Ionenkonzentration 2·29 bis $3·02.10^{-7}$, im Mittel $2·69.10^{-7}$. Die mit den bekannten Indikatoren (Lackmustinktur, Lackmuspapier, Neutralrot) bestimmte Azidität beziehungsweise Alkalinität zeigte keine Übereinstimmung mit der elektrometrischen Messung.

Eufinger berichtet unter Hinzufügung eigener Untersuchungen über die schon von Engel mitgeteilte Erscheinung, daß die Azidität der Frauenmilch durch Schütteln erheblich ansteigt. Durch Säure wird die geschüttelte Frauenmilch leichter zum Gerinnen gebracht als die nicht geschüttelte. Magermilch zeigt die Erscheinung nicht. Bei Kuhmilch konnte ein analoges Verhalten nicht beobachtet werden. Hier führte das Schütteln zu keiner erhöhten Azidität. In weiterem Verlaufe seiner Untersuchungen über die Aziditätszunahme der Frauenmilch bei Schütteln zeigte Engel durch vergleichende Aziditätsbestimmungen, daß bei der Spontansäuerung der Frauenmilch das Milchfett nicht unbeteiligt ist.

Lab und Labgerinnung.

Michaelis und Mendelsohn untersuchten das Reaktionsoptimum der Labfällung. Das Aziditätsoptimum der Säurefällung des Kaseins war früher zu $2·5.10^{-5}$ gefunden worden. Durch Kalkzusatz wird das Optimum deutlich nach der sauren Seite zu verschoben und unschärfer, zirka $3·10^{-4}$. Das Optimum der Labfällung des Kaseins bei Gegenwart von Kalk liegt etwa zwischen $4·10^{-7}$ und $1·10^{-6}$ und ist nicht mit Sicherheit genauer einzuengen, sicher aber fällt eine Wasserstoffionenkonzentration von $3·10^{-6}$ einerseits und $1·10^{-7}$ anderseits schon außerhalb der optimalen Zone. Zwischen dem Optimum der Säurefällung und der Labfällung findet sich also eine Zone (10^{-6} bis 10^{-5}), in der das Kasein weder durch Säure, noch durch Lab optimal gefällt wird. Die Labwirkung ist daher nicht als eine Verbreiterung der Zone der allgemeinen Säurewirkung, sondern als eine spezifische Wirkung aufzufassen, auch ist das Kalzium für die Labwirkung durch vermehrte Wasserstoffionenkonzentration nicht ersetzbar.

Fuld spricht sich sehr vorsichtig für die Identität von Lab und Pepsin aus, indem er sagt, daß eine Verschiedenheit der Labwirkung von der proteolytischen Wirkung nicht besteht, daß anderseits Labfermente verschiedener Herkunft Differenzen in ihrer Wirkung zeigen können.

van Dam wendet sich in einer Mitteilung polemischer Natur gegen die letzte Veröffentlichung von Rakoczy (siehe letztes Ref.) und betont nochmals seinen unitarischen Standpunkt.

Kramm untersuchte die Wirkung von rohem und sterilem Lab auf rohe, kurz aufgekochte und sterile Milch. Das sterile Lab wurde durch einstündiges Erhitzen des Labpulvers auf 105° erhalten,

die sterile Milch durch zweimaliges Erhitzen für 10 Minuten im Dampfkochtopf. Kramm fand nun, daß jede Art von Milch mit rohem oder sterilem Lab, je nach den Arbeitsbedingungen in verschieden langer Zeit, zur Gerinnung zu bringen ist. Die Gerinnung der kurz aufgekochten Milch tritt unter nicht sterilen Bedingungen in etwa der 6fachen, die der sterilisierten Milch in etwa der 50fachen Zeit auf, die rohe Milch unter denselben Voraussetzungen braucht. Sterile Rohmilch braucht etwas längere Zeit zur Gerinnung als gewöhnliche Milch. Bei Anwendung von sterilem Lab wurde ebenfalls eine geringe Verzögerung beobachtet.

Frouin und Mercier untersuchten die Wirkung von Zer, Lanthan, Neodym, Praseodym, Samarium und Thorium in Form ihrer Chloride und Sulfate auf die Labgerinnung der Milch. Bei sehr niedrigen Konzentrationen, 0·01 bis 0·2%, wurde eine deutliche Beschleunigung des Labungsvorganges beobachtet, bei noch höheren Konzentrationen wurde Kasein ausgefällt.

Filippi prüfte viskosimetrisch den Einfluß verschiedener Zusätze kolloider Natur auf die Labgerinnung der Milch. Verwendet wurde Eieralbumin, Gummiarabikum, Gelatine, Fischleim, Stärkekleister, Dextrin, Arrow-wroot, weiterhin Rohrzucker, Traubenzucker, Formalin, Tannin, Alkohol, Kaffee, Tee. Durch Alkohol wurde die Labgerinnung bedeutend gefördert, während durch Kaffee eine ganz gewaltige Verzögerung in der Labgerinnung bewirkt wurde. Eieralbumin, Gelatine, Fischleim und bis zu einem gewisssen Grade auch Gummiarabikum verzögerten die Labgerinnung bei größerer Konzentration, bei geringen Konzentrationen dieser Zusätze wurde hingegen eine Beschleunigung beobachtet. Tee war ohne Einfluß auf die Labgerinnung. Das eigenartige Verhalten des Kaffees wird auf darin enthaltene Farbstoffe zurückgeführt. Reines Tannin jedoch verzögert ebenso wie Formalin mit steigender Menge die Labgerinnung. Teeaufgüsse beeinflussen die Labgerinnung nur in ganz geringem Maße. Die Pepsinverdauung wurde durch den Zusatz visköser Substanzen allgemein herabgedrückt, Kaffee beeinflußte sie jedoch nicht.

Hinsichtlich der Labwirkung auf das Kasein stellte Bosworth Versuche an, nachdem er im Verein mit van Slyke (siehe letztes Referat) gefunden hatte, daß das Molekulargewicht des Parakaseins gerade halb so groß ist als das des Kaseins (4444 gegen 8888). Diese Beobachtung ließ Zweifel darüber entstehen, ob die Labwirkung wirklich im Sinne Hammerstens verläuft, nach welchem durch das Labferment aus dem Kasein unter Bildung von Parakasein Molkeneiweiß abgespalten wird. Bosworth ist vielmehr der Ansicht, daß die Labspaltung des Kaseins etwa in ähnlichem Sinne verläuft wie die Hydrolyse eines Disaccharids, das in 2 Moleküle Monosaccharid gespalten wird. Die Entstehung von nicht mehr fällbarem Stickstoff ist zum Teil auf eine Autohydrolyse des Kaseins in alkalischer Lösung zurückzuführen, zum Teil auch auf eine Proteolyse durch dem Labferment beigemengtes Pepsin. (Dieser Schluß dürfte in Anbetracht des Umstandes, daß Pepsin nur bei saurer Reaktion wirksam ist,

während die Kaseinkalklösungen schwach alkalisch oder neutral reagieren, nicht aufrecht zu erhalten sein. Wenn nach der Versuchsanordnung von Bosworth Bakterienwirkung ausgeschlossen werden darf (Toluol als Antiseptikum), bleibt noch die Möglichkeit zu erwägen, daß das Labferment als solches eine geringe Proteolyse bewirkt. Ref.)

Willheim bestimmte das Verhältnis des Gesamtstickstoffes zu dem nach Sörensen titrierbaren Aminostickstoff in Kuh- und Frauenmilchkasein. Den Quotienten bezeichnet er als Aminoindex. Dieser wurde für Kuhmilchkasein zu 17·3, für Frauenmilch zu 19·2 gefunden. Das bei der Labgerinnung entstehende Molkeneiweiß hat einen viel niedrigeren Aminoindex als Kasein, die Gesamtzahl der Aminogruppen erhält keine Zunahme, so daß geschlossen werden muß, daß eine eventuelle Spaltung des Kaseins durch das Labferment sich nicht an den Verknüpfungspunkten der polypeptidartigen Bindungen der einzelnen Bausteine vollzieht.

Gerber (1) betrachtet die milchkoagulierende Wirkung der proteolytischen Pflanzenfermente sowie ihre käsestofflösende Eigenschaft (Kasease) und ihre fibrinverdauende Wirkung (Trypsin) als verschiedene Äußerungen eines und desselben Enzyms. Diese proteolytischen Enzyme gehören zwei verschiedenen Typen an. Vertreter der einen Type ist das Ferment von Ficus Carica, das rohe Milch nicht zur Gerinnung bringt und Kasein und Fibrin nicht verdaut, während die andere Type durch das Ferment von Broussonetia papyrifera verkörpert wird, das rohe Milch koaguliert, Kasein und Fibrin verdaut und dessen Wirkung durch eine große Zahl von Salzen kaum beeinträchtigt wird.

Nach weiteren Untersuchungen von Gerber (2) sind Labfermente von Vasconcella ebenso wie die von Ficus nur bei gekochter Milch wirksam. Spuren von Quecksilberchlorid, Wasserstoffsuperoxyd oder Jod inaktivieren das Ferment.

Wirkung des Erhitzens.

Um festzustellen, ob beim Erhitzen der Milch das Kasein irgend welche wahrnehmbare Veränderungen erfährt und ob der Zuckerzusatz bei der Herstellung der Kondensmilch von Einfluß ist, stellten Lavialle und Longevialle Kaseinlösungen in Natronlauge und in Ammoniumkarbonat her. Die letzteren wurden dialysiert. Die so erhaltenen Lösungen sowie einfache Kaseinsuspensionen wurden teils ohne, teils mit Zuckerzusatz entweder kalt aufbewahrt oder verschieden lange Zeit auf verschieden hohe Temperaturen erhitzt. Festgestellt wurde die Löslichkeit des ausgefällten Kaseins in Eisessig und das Drehungsvermögen vor und nach dem Versuch. Es zeigte sich, daß nur hinsichtlich der optischen Aktivität Änderungen auftraten, die sich in einseitiger Richtung bewegen. Bei den Kaseinlösungen wurde infolge des Erhitzens die Linksdrehung des Kaseins vermindert, während bei erhitzten Kaseinsuspensionen die Linksdrehung zunahm. Die Anwesenheit von Zucker beeinflußte diese Veränderungen nicht.

Laktase.

H. C. Bradley fahndete in der Milchdrüse laktierender Tiere nach einer Laktase, von der Annahme geleitet, daß abbauende Fermente auch zu synthetisieren vermögen und ein fermentativer Abbau leichter erkennbar ist als eine Enzymsynthese. Die Anwesenheit einer Laktase wäre also ein direkter Beweis für eine synthetische Bildung des Milchzuckers in der Drüse aus den entsprechenden Monosacchariden. Geprüft wurden die Milchdrüsen von je einer Katze und Kuh, einem Kaninchen und von 2 Ziegen. In keinem Falle konnte eine Laktase gefunden werden. Bradley kommt infolgedessen zu dem Schlusse, daß der Milchzucker in der Drüse nicht aus seinen Komponenten gebildet wird, sondern daß er entweder aus einer dem Glykogen vergleichbaren Substanz oder aber aus einer Proteinlaktoseverbindung entsteht.

Sterigmatocystis nigra enthält nach den Untersuchungen von Bierry und Coupin eine endozelluläre Laktase.

Histologie und Physiologie.

Campbell analysierte verschiedene laktierende Drüsen von Hund und Katze. Es ergab sich, daß die Zusammensetzung verschiedener Drüsen desselben Tieres, selbst verschiedener Teile derselben Drüsen verschieden war. Milchzucker wurde nur in mit Milch gefüllten Drüsen gefunden, die entleerte Drüse oder die Drüse eines trächtigen Tieres enthielt keinen Zucker. Der Milchzuckergehalt ist sonach an die Anwesenheit von Milch gebunden, er kann von der Drüse erst aus einer andern Substanz gebildet werden. Fett fand sich hingegen auch in den Parenchymzellen und in dem Gewebe zwischen den Alveolen, seine Anwesenheit ist nicht spezifisch für die laktierende Drüse.

Raitsits berichtet über mehrere Fälle von sogenannter „falscher" Laktation, d. h. von Milchsekretion ohne vorausgegangene Trächtigkeit bei verschiedenen Hunden. In einem Falle wurde das gelblich aussehende Sekret mikroskopisch untersucht und das Vorhandensein von Kolostrumkörperchen darin festgestellt. Das Einsetzen der Milchsekretion fand in den beobachteten Fällen immer zirka 2 Monate nach der Menstruation statt, also zu der Zeit, zu welcher die Geburt zu erwarten gewesen wäre, wenn die betreffenden Tiere gedeckt worden wären. Raitsits nimmt an, daß auch in diesen Fällen die Milchsekretion mit der innern Sekretion der Ovarien in Zusammenhang steht, hält es aber auch nicht für ausgeschlossen, daß die Laktation durch eine reflektorische Nervenerregung hervorgerufen wurde.

Schrader berichtet über das Auftreten bei zwei im 4. Jahre stehenden Färsen, die mehrfach ohne Erfolg gedeckt worden waren. Das abgesonderte Sekret, das bei der einen Färse monatelang über 12 Liter täglich betrug, hatte ein spezifisches Gewicht von 1·030 und einen Fettgehalt von 3%.

O'Donoghue brachte bei Kaninchen am 3. oder 4. Tage der Brunst die reifen Eifollikel durch mechanische Eingriffe zum Bersten. Nach bestimmten Zeiten wurden die Tiere getötet. Es zeigte sich, daß, wenn die Ruptur der Follikel die Bildung von Corpora lutea zur Folge hatte, stets auch ein Wachstum der Milchdrüse auftrat. Hatte jedoch eine Bildung der Corpora lutea nicht stattgefunden, so konnte auch kein Drüsenwachstum beobachtet werden.

Schickele injizierte Meerschweinchen, Kaninchen und Hündinnen subkutan oder intravenös alkoholische Extrakte von Corpus luteum, Plazenta, Hoden, Ovarium, Hypophysenvorderlappen. Es gelang ihm hierbei weder bei kastrierten noch bei nicht kastrierten Tieren, eine nennenswerte Vergrößerung der Milchdrüsen zu erzielen. Nur in 2 Fällen konnte eine ganz geringe Hyperämie der Milchdrüsen festgestellt werden. Bei einem Kaninchen, das vor 3 Wochen geworfen, aber nicht gestillt hatte und bei dem eine Rückbildung der Milchdrüsen schon eingetreten war, konnte auch nach der Kastration durch intravenöse Injektion von Ovariumextrakt ein Anwachsen der Milchdrüsen mit gleichzeitiger Milchsekretion erzielt werden. Im übrigen hält er die Bedeutung des Ovariums und in mancher Hinsicht auch des Corpus luteum für das Wachstum der Brustdrüse für einigermaßen gesichert. Das vikariierende Eintreten anderer innersekretorischer Drüsen hat eine gewisse Wahrscheinlichkeit für sich, bedarf aber noch weiterer Beweise.

Ott und Scott stellten an einer Ziege Hormonalstudien hinsichtlich der Milchsekretion an. Ovarialextrakte wirken hemmend auf die Wirkung der Hormone der Hypophyse, des Corpus luteum und der Thymusdrüse, welche an sich die Milchsekretion fördern. Die Wirkung von Infundibulin wird durch Hodenextrakt gefördert, von Pankreas, Milz, Jodothyrin, Parathyreoidin und Adrenalin hingegen gehemmt, während Eiereiweiß ohne Wirkung bleibt.

Durch intravenöse Injektion von Plazentarextrakten erzielte Niklas bei jungfräulichen und Muttertieren ein Anwachsen der Milchdrüse und Milchsekretion. Die wirksamen Substanzen sind aus den Extrakten durch Alkohol fällbar, werden durch das Erhitzen auf 56° unwirksam. Ob die Plazentarsubstanzen als Laktagoge allgemeine Verwendung finden können, kann erst nach weiteren Versuchen beantwortet werden. Die enterale Applikation ergibt nur eine sehr geringe Wirksamkeit, die subkutane Injektion ist äußerst schmerzhaft.

Nach Hammond ist nach Injektion von Hypophysenextrakt bei Ziegen eine Erhöhung der Milchmenge zu beobachten, welcher aber am nächsten Tage eine entsprechende Depression folgt, so daß die Gesamtmilchmenge nicht irritiert wird. Es findet somit keine Neubildung von Milch unter dem Einflusse des Pituitrins statt, wenngleich die einmalige Erhöhung der Milchmenge in gewissen Beziehungen zur Menge des injizierten Pituitrins zu stehen scheint.

Gavin versuchte die praktische Anwendung der Hormone im Kuhstall. Die subkutane, intravenöse und orale Einverleibung von Extrakten der Hypophyse, des Corpus luteum, der Brustdrüse

und von Pituitrin ergab indessen keine gesteigerte Milchsekretion, auch die Qualität der Milch war nicht verändert. Schäfer, der Hypophysen- und Corpus-luteum-Extrakte einer 28jährigen II-para injizierte, machte analoge Beobachtungen. Bei der Hypophysenextraktinjektion behauptete die Versuchsperson, daß die Milch rascher einschieße. Kurz nach der Injektion war die Milchmenge gesteigert, ohne daß indessen die Tagesquantität eine Erhöhung erfahren hätte.

Friedmann empfiehlt als Laktagogum ein von der Firma Bayer & Co. hergestelltes Präparat: Polylaktol, dessen wesentlichste Bestandteile Eisensomatose und Malzpräparate sind.

Kolostrum.

Thomas berichtet über die phagozytären Eigenschaften der Kolostrumkörperchen. Sowohl polymorphkernige wie mononukleäre Kolostralzellen, darunter auch die epithelähnlichen Corps granuleux, besitzen eine erhebliche phagozytäre Fähigkeit gegenüber verschiedenen pathogenen Bakterien, und zwar ist diese Fähigkeit bei den Zellarten nahezu gleich, im Gegensatze zum Blute, wo die reinen Mononukleären eine viel geringere Phagozytose zeigen als die polymorphkernigen Zellen.

Einfluß der Nahrung, Übergang von Stoffen.

Grumme legte zu dem gewöhnlichen Futter von Ziegen Malztropon zu und erzielte dadurch eine Steigerung der Milchleistung um 18% und des prozentischen Fettgehaltes um zirka 30%, so daß die tägliche Steigerung an Milchfett gegenüber der üblichen Fütterung mehr als 50% betrug.

Köller stellte an einer Ziege Versuche über den Übergang von Arsen in die Milch an. Als Arsenpräparat dienten ihm Arsen-B, ein dem Atoxyl analoges Präparat der Firma Bengen, Hannover, das in 10%iger Lösung subkutan injiziert wurde. Bei Gaben von 0·01 g pro Kilogramm Lebendgewicht an konnte in der Milch das Auftreten von Arsen beobachtet werden. Die Arsenabscheidung erfolgte bereits ½ Stunde nach der Injektion. Bei einer einmaligen Dosis von 0·025 g pro Kilogramm Lebendgewicht konnte noch nach 100 Stunden die Arsenausscheidung beobachtet werden, bei mehrmaligen kleineren Injektionen dauerte die Ausscheidung bis zum 3. Tage nach der letzten Injektion. Dosen bis zu 0·0175 g übten auf die Milchsekretion keinen ungünstigen Einfluß, während bei größeren Dosen eine erhebliche Herabsetzung derselben bedingt wurde. Die arsenhaltige Milch übte bei der Verfütterung an einen Hund keine schädliche Wirkung.

Sisley und Porcher verleibten Hündinnen außerordentlich große Mengen verschiedener Farbstoffe, wie Uramin, Rhodamin, Methylenblau, Kristallviolett, ein und konstatierten, daß die Milch dieser Tiere nur in ganz seltenen Fällen sehr geringe Mengen dieser Farbstoffe aufnahm, ein Zeichen für die außerordentliche große Selektionsfähigkeit der Milchdrüse.

Bakterien.

Das molkerei-bakteriologische Praktikum von Hußmann soll in erster Linie Molkereifachleuten und Landwirten die Grundzüge der Bakteriologie vermitteln. Zur Unterstützung des Hochschulstudiums ist es, weil viel zu elementar gehalten, nicht geeignet.

Das Buch von Jensen gibt in recht anschaulicher Weise eine Übersicht über die Bakteriologie der Milch und ihrer Produkte. Zur Orientierung in großen Zügen ist es recht geeignet.

Gorini spricht sich für eine Klassifizierung der Bakterien auf biologischer Grundlage aus. Die bisher vorzugsweise geübte Methode, die morphologischen Eigentümlichkeiten bei der Klassifizierung in den Vordergrund zu rücken, lassen den Ansichten der einzelnen einen zu großen Spielraum, wodurch dann auch Differenzen in der Bezeichnung entstehen müssen. Soweit die Milchsäurebakterien in Frage kommen, fordert Gorini die Berücksichtigung folgender Momente: 1. Gasbildung, 2. kaseolytisches Vermögen, 3. Temperaturoptimum des Wachstums, 4. Geschwindigkeit der Koagulation, 5. Lebensdauer, 6. gebildete Säuremenge, 7. Labproduktion, 8. bei der Kaseolyse entstehende Abbauprodukte.

Foster (1) untersuchte die in Milch durch Bac. lactis aerogenes hervorgerufenen Abbauprodukte. Sie fand einen außerordentlich weitgehenden Eiweißabbau, der bis zu Mono- und Diaminosäuren führt. Ferner wurde ein Kohlenhydrat spaltendes Ferment gefunden, das den Milchzucker zu Ameisen- und Essigsäure abbaut. Der sich bildende rote Farbstoff ist durch Amylalkohol extrahierbar. Analoge Eiweißzersetzungen wurden nach einer weiteren Mitteilung (2) auch durch Streptococcus und bac. anthracoides bewirkt.

Nachdem Effront behauptet hatte, daß die bulgarische Mikrobe in einer besonderen Abart auftreten könne, zeigt Duchâček, daß der Yoghurtbazillus höchstens 10% des Milchkaseins zu lösen imstande ist, während der Rest infolge der Milchsäuregärung ausfällt. Der Effrontsche Bazillus hat mit dem Yoghurtbazillus gar nichts zu tun, sondern ist ein Proteolyt, wie er vielfach in käuflichen Yoghurtfermenten gefunden wird, die den Bac. bulgaricus entweder in geschwächter Form oder gar nicht mehr enthalten.

Wolff (3) berichtet über die von ihm gemachten Beobachtungen über Milchsäurelangstäbchen und Propionsäurebakterien in einer Reihe von Käsen sowie in Milch und Molke.

Ruot beschreibt eine neue sporenbildende Mikrobe, Bac. lactis fermentens, 0·5 μ breit, 3 bis 5 μ lang, gramnegativ. Sporenbildung auf Gelose bei 30° innerhalb 3 Tagen. Die Sporen sind weberschiffchenartig, 1·5 bis 2 μ lang, 0·9 μ breit. Sie werden durch 5 Minuten langes Erhitzen auf 90° und ½ Minute langes Erhitzen auf 100° nicht zerstört. Die Bakterie besitzt starkes Reduktionsvermögen, verflüssigt Gelatine, vergärt Traubenzucker, Rohrzucker, Milchzucker, Mannit und Glyzerin unter Bildung von Kohlensäure, Wasserstoff, Ameisensäure, Essigsäure, Butylenglykol, Azethyl-

methylkarbinol. Milch wird unter Gasbildung koaguliert. Besonders häufig wurde die Bakterie im Sommer in der Milch gefunden.

Wolff (1) berichtet über einen hochinteressanten Fall von blauer Milch, in welchem nicht die eigentlichen Erreger der blauen Milch, Bac. syncyaneum oder Bact. cyaneofluorescens, sondern ein Oidium als Ursache dieser Erscheinung angesprochen werden mußte. Besonders interessant ist hierbei nun, daß das Oidium aller Wahrscheinlichkeit nach auch gar keinen Farbstoff bildete, da es bei der Wiederzüchtung allmählich farblos wurde, sondern vielmehr den Farbstoff von außerhalb aufgenommen hatte. Ganz analoge Erfahrungen sind, wie aus Wolffs Literaturstudien hervorgeht, auch schon früher gemacht worden.

Bakterienbekämpfung.

Lobeck beschreibt ein neues Verfahren zur Herstellung „keimfreier" Milch. Es besteht im wesentlichen darin, daß Milch unter einem Drucke von 3 bis 4 Atmosphären in einen von Dampf umspülten Kessel gepreßt und dort zerstäubt wird. Die zerstäubte und dabei momentan auf zirka 75° erhitzte Milch fließt dann über einen Kühler in ein Sammelgefäß, von wo sie sofort auf Flaschen gefüllt wird. Die plötzliche momentane Erhitzung der Milch auf die genannte Temperatur hat nach den Angaben von Lobeck ein Absterben der vegetativen Bakterienformen zur Folge, ohne daß die biologischen Eigenschaften der Milch (Fermentreaktionen) dabei irritiert werden.

Hering singt diesem, dem Biorisatorverfahren ein Loblied, ohne indessen eigene Versuche in dieser Richtung mitzuteilen.

Liepe äußert sich ähnlich über das Verfahren, ebenfalls ohne mit Untersuchungsergebnissen aufwarten zu können.

Schloßmann prüfte das Biorisatorverfahren und verwendete u. a. auch tuberkelhaltige Milch. Die Tuberkelbazillen wurden abgetötet. Zugleich behielt die Milch, wenn die Temperatur nicht zu hoch stieg, völlig den Charakter als Rohmilch. Für die passendste Erwärmungstemperatur hält Schloßmann die von 73°. Nach seiner Ansicht kann hierbei eine stark bakteriell verunreinigte Milch in eine praktisch-keimfreie verwandelt werden. Würde eine solche Milch in hygienischer Weise vertrieben, so wäre die Milchversorgung der Großstadt wesentlich gefördert.

Freund unterzog das Biorisatorverfahren einer eingehenden Prüfung in zwei großstädtischen Molkereien und kommt zu einem sehr günstigen Resultat.

Im Anschluß an die Freundschen Versuche empfiehlt Nevermann eine Nachprüfung des Biorisatorverfahrens in einem Reichsinstitute, da eine Bestätigung der bisherigen Beobachtungen für die Milchwirtschaft von allergrößter Bedeutung sei.

Lorenzen berichtet ebenfalls über Versuche mit dem Biorisator. Er erblickt in dem Verfahren einen beachtenswerten Fortschritt auf dem Gebiete der Pasteurisierung.

Hittcher empfiehlt, die für den menschlichen Verkehr bestimmte Milch bei niederen Temperaturen zu pasteurisieren. Es

wird vorgeschlagen, entweder 1 Stunde bei 60 bis 63°, 45 Minuten bei 64 bis 65° oder 30 Minuten bei 66 bis 70° zu pasteurisieren.

Weigmann spricht sich ebenfalls sehr warm für Dauerpasteurisierung der Milch bei niedrigen Temperaturen (30 Minuten bei 60 bis 63° aus), da lediglich diese Art des Pasteurisierens die Milch in physiologisch-chemischer Beziehung unverändert läßt und ihr in biologischer wie in bakteriologischer Hinsicht den Charakter als rohe, d. h. unerhitzte Milch wahrt und ihr zugleich die hygienische Einwandsfreiheit sichert.

Beattie und Lewis empfehlen die Sterilisierung der Milch durch hochgespannte elektrische Ströme. Kolibakterien und Tuberkeln wurden nach den angestellten Versuchen abgetötet, ohne daß die fermentativen Eigenschaften der Milch und ihr Geschmack ungünstig beeinflußt worden wären.

Ralph erörtert die Unterschiede in der Bakterienflora der rohen und der erhitzten Milch. Die in der letzteren auftretenden Keime sind in roher Milch entwickelungsunfähig, ebenso im Darmkanal des mit roher Milch ernährten Säuglings, während sie in demselben nach Verabreichung erhitzter Milch sich sehr üppig entfalten. Es kann dann zu bakteriellen Ernährungsstörungen akuter oder chronischer Natur kommen (Kolontoxämie), Heilung durch Verabreichung roher Milch. Ralph kann der Ansicht, daß die pasteurisierte Milch unschädlich sei, nicht bestimmen.

Milchwirtschaft.

Der Grundriß der Milchwirtschaft von Frankau ist ein schlagender Beweis für die von Salge in der Einführung zitierte Erfahrung, „daß dem angehenden Mediziner meist jede Vorstellung von der Zusammensetzung der Milch, der Milchgewinnung und der Verarbeitung der Milchprodukte abgeht". Über dieses Niveau hat sich Frankau leider nicht erhoben. Das Werk verdient keine Empfehlung, da es dem von Salge hervorgehobenen Übelstande nicht abzuhelfen vermag, dem Verlage kann nur der Rat gegeben werden, die Broschüre zurückzuziehen.

Über den Einfluß der Arbeit auf die Milcherzeugung referiert Ströbele. Er empfiehlt, die Kühe zu leichteren Arbeitsleistungen heranzuziehen, ohne sie indessen überanzustrengen.

Bruchholz tritt für die Verwendung vollwertiger Bullen bei der Nachzucht ein und zeigt, daß bei Nichtbeachtung dieser Forderung die Nachkommen in ihrer Eigenschaft als Milchtiere geschädigt werden.

Grimmer (2) gibt eine Übersicht und Beschreibung der zurzeit bekanntesten Melkmaschinen, die in den letzten Jahren gemachten Erfahrungen lassen die Hoffnung berechtigt erscheinen, daß die Melkmaschine dazu beitragen wird, daß in höherem Maße als bisher saubere, haltbare Milch auf den Markt kommt.

Matenaers gibt einen kurzen Bericht über die Erfahrungen der landwirtschaftlichen Versuchsstation Geneva (New York) mit der Melkmaschine und spricht sich für das Maschinenmelken aus.

Eichloff beschreibt einen einfachen Apparat zur Kühlung von bereits in den Milchkannen befindlicher Milch, der von einem dänischen Molkereiverwalter Thomsen konstruiert wurde. Die damit angestellten Versuche ergaben recht befriedigende Resultate.

Nach Untersuchungen von Müller-Kögler schwankte der jährliche Milchertrag bei 38 Ziegen zwischen 331 und 928 kg. Die durchschnittliche Jahresleistung aller Ziegen belief sich auf 582 kg. Der durchschnittliche Fettgehalt der Milch betrug 2·7%.

Wolff (4) zeigt an einer Reihe von Beispielen, wie sehr die Bakterienflora der Milch von der des Futters, speziell der Weide, beeinflußt wird. Im Stalle wird die Milchflora durch das Futter in geringerem Maße beeinflußt als durch die Einstreu. Die innigeren Beziehungen zwischen Weideflora und Milchflora sind dadurch zu erklären, daß die Weide eben nicht nur das Futter, sondern auch die Unterlage für die fressenden Tiere bildet. Die quantitativen Differenzen, die sich beim Vergleiche der Weideflora mit der entsprechenden Milchflora ergaben, sind durch das anders geartete Nährmedium zu erklären.

Milchversorgung.

Nance berichtet über das neue Chikagoer Milchregulativ. Die Bestimmungen sind sehr streng. Milch mit mehr als 150.000 Keimen muß pasteurisiert werden. Aufbewahrungstemperatur niedriger als 13°.

Der Artikel von Agcavili wirft ein grelles Schlaglicht auf die geradezu erbarmungswürdigen Zustände in bezug auf Milchversorgung auf den Philippinen. Zur Säuglingsernährung ist man fast ausschließlich auf kondensierte Milch des Auslandes angewiesen.

Wojkiewicz gibt eine Zusammenstellung seiner chemischen und biologischen Untersuchungen der Marktmilch von Moskau.

Harding, Ruehle, Wilson und Smith stellten Untersuchungen über den Einfluß verschiedener Manipulationen auf den Keimgehalt der Milch an. Außer den bekannten Forderungen des Dämpfens des Milchgeschirrs interessiert uns hier die Empfehlung des Vakuumreinigers zum Säubern der Kühe.

W. N. Bradley fordert gesetzgeberische Maßnahmen zwecks weiterer Ausbreitung zur Gewinnung einer hygienisch einwandfreien Milch.

Nach Mitteilungen von Kelley über die Versorgung der Vereinigten Staaten mit Vorzugsmilch beträgt der Konsum derselben zirka ½% des gesamten Milchverbrauchs. Der Verkaufspreis schwankt zwischen 10 und 20 Cents pro Quart und beträgt durchschnittlich 14·2 Cents, gegenüber 7·8 Cents für gewöhnliche Marktmilch. Die Ansichten über die Rentabilität der Vorzugsmilchbetriebe sind geteilt. Kelley hält es für dringend nötig, daß im allgemeinen sanitären Interesse die Rentabilität eine bessere wird, ohne daß anderseits die Preise für die Konsumenten unerschwinglich werden.

Er betont ferner den Nutzen der ärztlichen Milchausschüsse, der in der Qualität der in den Verkehr gelangenden Vorzugsmilch zum Ausdruck komme. Im Durchschnitt aller kontrollierten Vieh-

haltungen wurde der Keimgehalt der Milch zu 4069 in 1 cm^3 gefunden, der niedrigste Jahresdurchschnitt in einer Viehhaltung war nur 655 Keime.

Harding und Brew weisen darauf hin, daß bei den jetzigen Milchpreisen der Nutzen der Milchproduzenten ein viel zu geringer ist, als daß denselben an der Herstellung einer besonders guten Milch gelegen sei. Man gewöhne den Konsumenten daran, wirklich gute Milch zu würdigen und auch zu bezahlen, dann wird der Produzent auch eine solche liefern.

Auch North bemerkt, daß die Begriffe Sauberkeit und Keimarmut der Milch einerseits und Billigkeit anderseits sich gegenseitig ausschließen. Schließlich sieht er in der Industrie den deus ex machina, der in diesem Dilemma helfen soll, daß einwandfreie Milch zu angemessenen Preisen produziert werde.

Hastings tritt für die weitere Ausbreitung der Gewinnung von „controlled milk" ein. Die Erzeugung solcher Milch beläuft sich zurzeit in Amerika auf nur zirka 1% der gesamten Milchproduktion.

Buckingham kann die allgemeine Anschauung nicht teilen, daß durch die Ernährung mit lange und hoch erhitzter Milch allein schon Säuglingsskorbut hervorgerufen werde. Das Pasteurisieren hält er im übrigen für eine sehr unsicheres Mittel zur Herstellung einer einwandfreien Milch. Er empfiehlt vielmehr eine weitgehende amtliche Kontrolle des Stallbetriebes.

Metzger spricht sich dahin aus, daß die Festsetzung einer untersten Fettgrenze für Vollmich unzweckmäßig ist und daß eine zeitgemäß ausgestaltete Milchkontrolle gerade so gut ohne diese auskommt.

Analyse.

Das v. Sobbesche „Milchchemische Praktikum" verdient nicht, ernstlich beachtet zu werden. Es ist ein Buch, das von unreifen Anschauungen strotzt und besser überhaupt nicht erschienen wäre.

Grimmer (3) behandelt kritisch den Wert der biologischen Milchuntersuchungsmethoden, die teils zur Erkennung des Frischezustandes der Milch, teils zur Beurteilung des Gesundheitszustandes dienen. Dem ersteren Zwecke kann eine große Zahl von Methoden nutzbar gemacht werden, z. B. die Schardingersche Probe, die Gär- und Labgärprobe, die Katalaseprobe; für die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Milch können ihre Ergebnisse kaum maßgebend sein. Für diesen Zweck kommt nach Grimmers Meinung nur die Trommsdorffsche Leukozytenprobe mit mikroskopischer Untersuchung des Sedimentes und vielleicht noch die Schernsche Labhemmprobe in Betracht.

Angeregt durch die Bauersche Differenzierung von Kuh- und Frauenmilch mittels der Neutralrotreaktion, empfiehlt Baecchi Alizarinblau S zu demselben Zwecke.

Trockensubstanz.

Höyberg empfiehlt zur Berechnung der fettfreien Trockensubstanz der Milch folgende Formel: $r = \frac{v + f}{4}$, wobei v die Laktodensimetergrade, f den Fettgehalt bedeuten.

Eiweiß.

In Fortsetzung ihrer Untersuchungen über die Aldehydzahl der Milch (siehe voriges Referat) berichten de Graaff und Schaap, daß Milchsäurebakterien (Kokken und Bazillen) infolge ihrer Lebensfähigkeit die Aldehydzahl der Milch erhöhen können. (Proteolyse!)

Fett.

Halverson berichtet über vergleichende Versuche der Fettbestimmung nach der Röse-Gottliebschen Methode und der von ihm modifizierten Babcockmethode (siehe letztes Referat). Es ergab sich, daß nach seiner Methode vielfach zu niedrige Werte gefunden wurden, die durch alle möglichen Ursachen bedingt waren. Der durchschnittliche Mindergehalt, der durch das Zurückbleiben des Fettes in dem Milch-Säuregemisch bedingt wurde, betrug 0·258%. Ein unerfreuliches Resultat!

Sichler hat seine Sinazidmethode jetzt auch für die Fettbestimmung im Rahm ausgearbeitet. Die von der milchwirtschaftlichen Zentralstelle in Güstrow vorgenommene Prüfung ergab gegenüber der Gerberschen Methode einige Unbequemlichkeiten. Die erzielten Resultate waren gut.

Zucker.

Welker und Marsh benutzen zur Zuckerbestimmung in Milch das von Marshall und Welker angegebene Verfahren der Enteiweißung mittels Aluminiumhydroxyd. Dieses wird durch Fällung von Ammoniakalaun mit verdünntem Ammoniak und nachfolgendem Auswaschen mit Wasser erhalten. Das zentrifugierte Hydroxyd wird mit Wasser zu einer dünnen Gallerte verrieben und 200 cm^3 davon zu 25 cm^3 Kuhmilch oder 15 cm^3 Frauenmilch gegeben. Das Gemisch wird geschüttelt, auf 500 cm^3 aufgefüllt und filtriert. In 100 cm^3 des Filtrates wird in üblicher Weise nach Fehling der Zuckergehalt bestimmt. Die Resultate stimmen mit den bei der Kupfersulfatfällung erhaltenen überein.

Verwässerung, Zusätze.

Schulz und Wein stellten vergleichende Untersuchungen mit dem Ackermannschen Chlorkalziumserum und den nach Pfyl und Turnau gewonnenen Tetraseren an. Sie fanden, daß die Genauigkeit bei der Bestimmung der Lichtbrechung bei beiden Arten von

Seren, exaktes Arbeiten vorausgesetzt, gleich ist. Weiterhin wurde konstatiert, daß eine Erhöhung der Refraktometerzahl des Chlorkalziumserums außer bei der Säuerung der Milch auch dann auftritt, wenn das Serum längere Zeit mit dem Koagulum in Berührung bleibt. Die Ursache ist in beiden Fällen eine Wiederauflösung beim Kochen ausgeschiedener Kalksalze. Zur Vermeidung von Fehlern ist die Kühldauer möglichst nicht über $^1/_2$ Stunde auszudehnen. Die Erhöhung der Refraktion durch das Altern der Milch läßt sich durch Zusatz von 3 bis 4 Tropfen Formalin zu 100 cm^3 bis zu 12 Tagen zurückhalten. In der Praxis verdient das Chlorkalziumserum wegen seiner leichten Herstellbarkeit den Vorzug.

Ackermann (1) spricht sich gegen die Tetraseren von Pfyl und Turnau aus. Tetraserum I kommt für den Nachweis einer Verfälschung der Milch überhaupt nicht in Frage, da es bei ganz oder teilweise erhitzter Milch zu niedrige Resultate gibt. Tetraserum II gibt höhere Werte als das $CaCl_2$-Serum, die aber mit denen der letzteren vergleichbar sind. Die Tetraseren nehmen aber viel mehr Zeit bei ihrer Herstellung in Anspruch, außerdem muß zentrifugiert und filtriert werden, ein Umstand, der besonders bei Massenuntersuchungen sehr störend wirkt.

Wolf stellte Untersuchungen über das nach verschiedenen Methoden gewonnene Milchserum an. Das Chlorkalziumserum hat ein niedrigeres spezifisches Gewicht als das Labserum, die bei der Serumbereitung angewandte Temperatur ist insofern von Einfluß, als die bei höherer Temperatur erhaltenen Seren ein niedrigeres spezifisches Gewicht haben als die bei niederer Temperatur erhaltenen. Mittelst der spezifischen Gewichtsbestimmungen von Labserum sollen sich mindestens 10% Wasser nachweisen lassen.

Long und May halten die Untersuchung des Milchserums mittelst des Eintauchrefraktometers für die beste Untersuchungsmethode. Die Refraktion des Essigsäureserums wird durch Zusatz von 10% Wasser um 2·9° herabgesetzt. Der Zusatz von 1% Zucker zur Milch erhöht die Refraktion um 4°. Es kann also eine gleichzeitig gewässerte und gezuckerte Milch eine normale Refraktion zeigen. In diesem Falle führt nur die Bestimmung der Trockensubstanz und des Fettgehaltes zur Feststellung einer Verfälschung.

Zur Herstellung von Milchserum empfiehlt Sanfelici Weinsäure. 300 cm^3 Milch werden in der Kälte mit 6 cm^3 50%iger Weinsäurelösung versetzt und nach einigen Minuten, sobald die Koagulation eingesetzt hat, filtriert. Das spezifische Gewicht des auf diese Weise gewonnenen Serums von Milch aus der Umgegend von Lodi hatte ein spezifisches Gewicht von 1·028 bis 1·030.

Greifenhagen beschreibt ein Wasserbad, das bei der Herstellung der Spontanseren der Milch einen Brutschrank ersetzen soll.

Elsdon und Sutcliffe empfehlen zum Nachweise von Salpetersäure in der Milch das von Tillmans angegebene Verfahren (siehe dieses Referat 1911), das infolge seiner hohen Empfindlichkeit indes nur bis zur einer Maximalkonzentration von 1 : 1.000.000 zu benutzen ist. Bei höheren Konzentrationen ist das Bruzinschwefel-

säureverfahren zu wählen. Nitrite werden kolorimetrisch mittelst Metaphenylendiamin nachgewiesen. Formalin wird durch Unterschichten der Milch mit Schwefelsäure, die etwas Eisenchlorid enthält, nachgewiesen. (Violettfärbung bei Anwesenheit von Formalin.)

Da bei der Fritzmannschen Reaktion zum Nachweise von Nitraten in der Milch die konzentrierte Schwefelsäure an der Berührungszone mit der Milch Verfärbungen hervorruft, die den positiven Ausfall der Reaktion verschleiern können, benutzt Barth eine verdünnte Schwefelsäure (350 cm^3 konzentrierter Schwefelsäure und 150 cm^3 Wasser). Als Formalinlösung wird eine sehr starke Verdünnung empfohlen (250 cm^3 Wasser und 10 Tropfen käufliches Formalin). Zu 10 cm^3 Milch werden 5 Tropfen der Formalinlösung gesetzt und die Mischung mit zirka 5 cm^3 der Schwefelsäure unterschichtet. Empfindlichkeitsgrenze 0·5 mg Salpetersäure in 1 Liter Milch. Bei dieser Menge wird der violette Ring nach 5 bis 7 Minuten sichtbar und ist nach 20 Minuten deutlich zu erkennen. Von 5 mg Salpetersäure an erfolgt das Auftreten des Ringes momentan.

Gerö empfiehlt eine ganz rohe Probe zum Nachweise einer Verwässerung der Milch. Durch den Wasserzusatz wird die Azidität der Milch herabgesetzt. Normale Milch hat 17 bis 19 (Thörnersche) Säuregrade, 10% Wasserzusatz drücken den Wert auf 14 bis 15 (?) herab. Eine erniedrigte Azidität soll also einen Wasserzusatz anzeigen. Wenn die Milch nun schon gesäuert ist?

Zum Nachweise von Kaliumbichromat in der Milch fügt Grewing zu 10 cm^3 Milch 4 cm^3 einer 3%igen Anilinlösung und unterschichtet das Gemisch vorsichtig mit 3 cm^3 chemisch reiner Schwefelsäure. An der Berührungsstelle der Milch und der Säure entsteht bei Anwesenheit von Kaliumbichromat nach $^1/_2$ bis 2 Minuten ein blauer Ring mit violetter Unterzone. Nitrate, Formalin und Wasserstoffsuperoxyd stören die Reaktion nicht.

Zum Nachweise der Benzoesäure in Milch oder Sahne erhitzt Hinks diese mit dem gleichen Volumen konzentrierter Salzsäure bis zur völligen Lösung. Das erkaltete Reaktionsgemisch wird mit einem Gemisch von 2 Teilen Petroläther und 1 Teil Äther extrahiert, mit 1 Tropfen Ammoniak und dann mit 5 cm^3 Wasser versetzt und geschüttelt. Die wässerige Lösung wird zur Entfernung des Ammoniaks erwärmt und dann mit Eisenchlorid versetzt. Es lassen sich so noch 0·01% Benzoesäure in Milch nachweisen.[1]

Eichloff und Beer nageln ein „neues" Milchkonservierungsmittel „Doux" fest. Es besteht, wie so viele seiner Vorgänger, nur aus einer Wasserstoffsuperoxydlösung neben sehr geringen Mengen eines Trockenrückstandes, der Chlor, Schwefelsäure, Salpetersäure, Phosphorsäure, Natrium, Magnesium und Kalzium enthält. Der wirkliche Wert beläuft sich auf 3·75 Pfennig für 1 Liter, gefordert werden 1·50 Mark!

Gesundheit, Sauberkeit, Frische.

Devarda und Weich unterzogen die Morressche „Alizarolprobe" einer Prüfung. Sie fanden, daß bis zu einem gewissen Grade

der Säuregrad der Milch, soweit dies für die Praxis von Bedeutung ist, recht gut mit dieser Methode erkannt werden kann. Bei starker Säuerung und wenn neben der Milchsäuregärung noch andere Gärungen, durch welche alkalische Substanzen gebildet werden (Proteolyse), einherlaufen, gibt die Probe keine zuverlässigen Resultate mehr. Es läßt sich dann nicht feststellen, ob eine Labgärung oder gemischte Gärung vorliegt. Unsichere Resultate erhält man auch in Mischungen von frischer und saurer Milch, sowie dann, wenn in saurer Milch die Säure teilweise neutralisiert wurde.

Lythgoe empfiehlt zur gesundheitlichen Beurteilung der Milch die Reduktaseprobe, die Peroxydaseprobe und die Alkoholprobe. Für pasteurisierte Milch kommt die Peroxydaseprobe selbstredend nicht in Betracht.

Höyberg beweist an der Hand der Literatur die allmählich zur Genüge bekannte Tatsache, daß der Bakteriengehalt der Milch mit der Geschwindigkeit der Reduktion von Methylenblau nicht parallel läuft, und gibt einige eigene Versuche an, die diesen Befund erhärten sollen. Die von ihm angewandte Methodik der „Keimzählung" ist sehr roh: Ausstrichpräparat aus dem Sediment von 10 cm^3 Milch und Bezeichnung der im gefärbten Präparat gesehenen Bakterienmenge mit „gering", „groß", „enorm groß"!

Schern hat für seine Labhemmprobe Labtabletten mit abgestuften Labmengen herstellen lassen und empfiehlt diese bei der Anstellung der Probe. Es werden je 5 cm^3 Milch mit Tabletten von $^1/_{1000}$, $^1/_{2000}$, $^1/_{3000}$ usw. Gramm versetzt, 10 Minuten bei Zimmertemperatur zur Lösung der Tablette stehen gelassen, dann 1 Stunde im Eisschrank und 1 Stunde im Wasserbade bei 37° gehalten. Normale Milch ist nach dieser Zeit bei Zusatz von $^1/_{5000}$ g Lab gewonnen, pathologische Milch je nach dem Grade ihrer Veränderung erst bei einer höheren Labkonzentration.

Nachweis der Erhitzung.

Nach den Untersuchungen von Kudicke und Sachs wäre man jetzt imstande, rohe und gekochte Milch auf biologischem Wege (Komplementbindung) zu unterscheiden. Mit Rohmilch erhaltene Laktosera wirken nach den genannten Autoren nicht nur auf Milch, sondern auch auf Blutserum, während die Verwendung einer $^1/_2$ Stunde gekochten Milch ein Laktoserum liefert, das nur mit Milch reagiert. Anderseits wirkt ein durch Seruminjektion erhaltenes Antiserum nicht nur auf das als Antigen verwendete Serum, sondern auch auf die homologe Milchart, sofern die Milch roh ist. Ein Übergreifen dieser Reaktion auf gekochte Milch findet jedoch nicht statt.

Milch als Nahrung.

Irmgard Engel und Samelson bestimmten an einem Zwillingspaar, von dem das eine natürlich, das andere künstlich ernährt wurde, den Energiequotienten. Die Angabe Heubners,

wonach der künstlich ernährte Säugling einen höheren Kalorienbedarf besitzt als der natürlich ernährte (120 : 100 Kalorien pro Kilogramm Säugling), konnte nicht bestätigt werden. Das Brustkind nahm bei einer überaus reichlichen Ernährung 100 bis 120 Kalorien zu sich, während das künstlich ernährte Kind in den ersten 18 Tagen der Beobachtung (11. bis 28. Lebenstag) ganz erheblich weniger, dann aber etwas mehr als 100 Kalorien verbrauchte. Die Entwicklung war bei beiden Kindern gleich gut.

Schroeder liefert an einem sehr umfangreichen Materiale (467 Meerschweinchen) einen Beitrag zur Ernährung mit artfremder Milch. Von 4 Gruppen wurde je eine natürlich, mit roher, mit 20 Minuten bei 60° pasteurisierter und mit gekochter Kuhmilch gefüttert. Die künstlich ernährten Tiere zeigten eine größere Mortalität als die natürlich ernährten. Die Beschaffenheit der Kuhmilch zeigte einen relativ geringen Einfluß. Die künstlich ernährten Tiere zeigten einen geringere Fortpflanzungsfähigkeit und brachten auch weniger lebenskräftige Junge zur Welt als die natürlich ernährten Meerschweinchen. Die mit Kuhmilch ernährten Tiere wurden mit Abortusbazillen infiziert.

Ladd verfolgte die Magenentleerung des Säuglings röntgenoskopisch. Brustkinder zeigten eine raschere Entleerung als Flaschenkinder. Bei den letzteren ist sie vom Kaseingehalte der Nahrung abhängig. Je höher derselbe, um so langsamer geht die Entleerung des Magens vonstatten. Diese Beeinflussung fällt weg, sobald das Kasein bereits in geronnenem Zustande in feinverteilter Form verfüttert wird.

Kleinschmidt verfolgte die Immunkörperbildung im Organismus wachsender Hunde bei verschiedenartiger Ernährung. Bemerkenswert ist hierbei, daß nach Kleinschmidt die künstliche Ernährung mit Kuhmilch große Schwierigkeiten machte. (Vielleicht ist daran die Milchverdünnung schuld, Hundemilch ist sehr viel eiweißreicher als Kuhmilch. Ref.) Bei älteren Tieren (5 Wochen alt) ergab sich, daß mit gemischter Kost ernährte Tiere (Milchkaffee, Suppe, Brot, Fleisch, Kartoffeln) nach der Immunisierung mit Hammelblut eine 4mal stärkere Hämolysinbildung aufwiesen als mit gekochter Vollmilch ernährte Hunde, während anderseits nach der Immunisierung mit Typhusbazillen das Serum der Vollmilchtiere stärker agglutinierte als das der gemischt ernährten. Bakteriozidine (Plattenversuch) fanden sich bei beiden Arten der Ernährung in etwa gleicher Menge. Bei Vergleichsversuchen zwischen künstlicher Ernährung (Kuhmilch) und natürlicher Ernährung ergab sich kein wesentlicher Unterschied in der Hämolysinbildung. Ganz junge Tiere, die bei der Kuhmilchernährung schwere Ernährungsstörungen zeigten, bildeten in viel geringerem Maße Hämolysine als gesäugte Tiere.

Love kann sich nicht für die Rohmilchernährung der Säuglinge erwärmen. Die Barlowsche Krankheit als Folge der Ernährung mit erhitzter Milch sei keine so schwere Krankheit, als daß sie durch die Folgen der Ernährung mit schlechter Rohmilch vertauscht werden

sollte (infektiöse Darmerkrankungen). Weiterhin setzt er sich für die Verwendung der kondensierten Milch zur teilweisen Ernährung der Säuglinge ein, z. B. bei Unterbrechung oder Beendigung der natürlichen Ernährung oder als Beinahrung zu derselben, wenn gute Kuhmilch nicht zu haben ist.

Nach Uffenheimer läßt sich die Frage, ob die in den Stühlen von Rohmilchkindern aufbewahrten „Kaseinbröckel" aus Kasein oder Parakasein bestehen, mit Hilfe der biologischen Methoden nicht beantworten. Kasein oder Parakasein findet sich nach weiteren Untersuchungen von Uffenheimer nicht nur in den Stühlen kranker Säuglinge, sondern auch gesunder.

Langmead sucht das Auftreten von Kaseinbröckeln bei der Ernährung der Säuglinge mit Kuhmilch dadurch zu umgehen, daß er der Milch zitronensaures Natrium zusetzt. Ob die Milch durch diesen Zusatz, wie er meint, leichter verdaulich wird, bleibe dahingestellt. Die Zitratmilch ist nicht anwendbar bei Idiosynkrasie gegen Milch überhaupt, Intoleranz gegen Fett und Sommerdiarrhöen. Auf Obstipation ist die Zitratmilch ohne Einfluß.

Zur Vermeidung einer kompakten Gerinnung der rohen Kuhmilch im Magen empfiehlt Brennemann, die Milch mit Mehlabkochungen zu versetzen oder Natriumzitrat hinzuzufügen. Erhitzte Milch hat nach ihm keine schädlichen Folgen. Nur bei ausschließlicher Ernährung mit gekochter Milch kann infantiler Skorbut eintreten, der übrigens vermeidbar ist.

Giffhorn beobachtete bei 3 Säuglingen einen günstigen Einfluß einer fettreichen Ernährung auf den Stickstoff-, Phosphor- und Magnesiumstoffwechsel. Molkenreiche Ernährung ließ keine eindeutige Besserung des Mineralstoffwechsels erkennen.

Frank stellte an 2 Säuglingen Untersuchungen über die Ausnutzbarkeit von gewöhnlicher Vollmilch und von Kaseinfettmilch nach Heim und John an. Er fand, daß die Ausnutzung der Kohlenhydrate in allen Fällen eine sehr gute war und weder durch die Steigerung der Nahrung an Eiweiß oder Fett beeinflußt wurde. Für die Stickstoffretention ist nur der Bedarf des Säuglings maßgebend. Bei Steigerung des Nahrungsstickstoffes steigt auch der Stickstoffgehalt des Harns in entsprechendem Maße an. Die Fettresorption war prozentuell besser bei der Vollmilch, die absoluten Werte für die Menge des resorbierten Fettes waren bei der Eiweißmilch die höheren.

Wheeler bestätigt, daß Kasein als einziger Eiweißkörper im Futter von Ratten und Mäusen zur Lebenderhaltung hinreichend ist. An seine Stelle kann auch Laktalbumin treten.

Sauermilch.

Wolff (5) betont den Wert des Yoghurts als Diätetikum und Nahrungsmittel und sieht in dem Glykobacter peptolyticus (Intestibacter) ein weiteres Mittel zur Unterdrückung der Fäulnisvorgänge im Dickdarm.

de Lange bespricht die Indikationen beziehungsweise Kontraindikationen für die Ernährung mit Buttermilch. Indikationen für die Ernährung mit Buttermilch sind: Bilanzstörungen, Dyspepsie, erster Grad der Dekomposition, exsudative Diathese, Pylorospasmus und Darmkatarrh der älteren Säuglinge. Kontraindikationen sind der 2. und 3. Grad der Dekomposition (absolut), Intoxikation, Spasmophilie (relativ). Bei Säuglingen, die älter als 6 Monate, ist die Buttermilch als regelmäßiges Nahrungsmittel ebenfalls nicht angezeigt, da hierbei der Rachitis und der Barlowschen Krankheit Vorschub geleistet wird. In diesem Alter kann sie nur als therapeutisches Mittel verwendet werden und ist nach Behebung der Erkrankung durch andere Mittel zu ersetzen. Der Buttermilch soll kein allzu großer Zuckerzusatz gemacht werden, 30 g auf 1 Liter sind nach de Lange das Maximum.

Andere Milchpräparate.

Bonnamour empfiehlt die Trockenmilch zur Ernährung gesunder und kranker Säuglinge. Im 1. Lebensjahre halbentfettete, im 2. Lebensjahre vollfette Milch.

Nach einer Besprechung der verschiedenen Verfahren zur Herstellung von Trockenmilch erörtert Porcher die Anforderungen, die an ein Milchpulver zu stellen sind. Ein gutes Vollmilchpulver soll sich 2 bis $2^1/_2$ Monate, ein Halbmilchpulver 3 bis 4 Monate, Magermilchpulver 8 bis 10 Monate frisch erhalten. Ein zu hoher Wassergehalt begünstigt die Zersetzung, mehr wie 2 bis 3% sollte keine Trockenmilch besitzen. Mißerfolge bei der Trockenmilchernährung sind nach Porcher fast ausschließlich auf die Verwendung von verdorbenem Milchzucker zurückzuführen.

Backhaus empfiehlt unter dem Motto, daß dasjenige Kindermilchpräparat, welches der Frauenmilch hinsichtlich seiner Gesamteigenschaften am nächsten komme, das empfehlenswerteste sei, die Backhausmilch.

Bahrdt berichtet über günstige Resultate bei der Ernährung der Säuglinge mit Friedenthalscher Milch.

Näf empfiehlt bei alimentärer Intoxikation die Anwendung von Eiweißmilch, die in vielen Fällen selbst der Frauenmilch überlegen ist.

Wie bisher alle französichsen Autoren, sprechen sich Nobécourt und Schreiber gegen die Verwendung der Finkelsteinschen Eiweißmilch aus. Besonders betonen sie die auch in Deutschland wohl zur Genüge bekannten Schädigungen, die durch die längere Zuckerentziehung für die Säuglinge erwachsen und die ebenso leicht vermeidbar sind, wenn die neueren Vorschriften von Finkelstein und Meyer betrachtet werden.

Bertlich verwendete die Larosanmilch bei 200 Säuglingen. Er empfiehlt einen geringeren Larosanzusatz zur Milch als Stöltzner (siehe vorjähriges Referat), und setzt zu jedem Liter Vollmilch

nur 20 g Larosan statt 40 g. Diese größere Menge ist nur im späteren Kindesalter zu verwenden. Weiterhin hält er nach neueren Erfahrungen die Anwendung stärkerer Verdünnungen ($^1/_3$ Milch, $^2/_3$ Wasser oder Schleim) für sehr vorteilhaft. Ein Zusatz von Nährzucker erfolgte in vielen Fällen nicht, wobei aber trotzdem sehr günstige Resultate erzielt wurden. In den übrigen Fällen wurden nur 3 bis 4% Nährzucker angewandt. Akute und subakute Dyspepsien (73 Fälle), sowie beim Allaitement mixte auftretende Störungen (13 Fälle), chronische Durchfälle (23 Fälle) und Mehlnährschäden (3 Fälle) heilten bei der Larosanbehandlung glänzend. Auch bei Enteritis ergaben sich gute Resultate, sobald die Larosanbehandlung erst nach dem Sistieren der blutigen Stuhlgänge einsetzte. Unter 50 Fällen von Dekomposition konnten 40 Fälle geheilt werden; hier sind zur leichteren Erkennung der Toleranzgrenze langsame Steigerungen der Nahrungsmenge empfehlenswert (z. B. Beginn mit 250 g Larosanmilch, dann tägliche Steigerungen um 50 g). Bereitung der Larosanmilch: Das Larosan wird mit einem Teile der frischen Milch kalt angerührt, der Rest der Milch zum Kochen gebracht, die Larosananreibung wird zu der kochenden Milch gebracht und das ganze 5 Minuten gekocht.

Bowditch und Bosworth geben an, daß bei der Herstellung von Säuglingsmilchpräparaten, z. B. Finkelsteinscher Eiweißmilch, nicht genügend Wert auf die Innehaltung bestimmter Eiweißmengen gelegt wird, und belegen diese Behauptung mit einer größeren Anzahl von Analysen. Zur Vermeidung dieser Übelstände glauben sie die Verwendung von getrocknetem Kasein respektive Parakaseinpräparaten empfehlen zu können, nachdem vorläufige Ernährungsversuche an einem Kinde keine Schädigung desselben ergaben (2 Tage!). Der Vorschlag der genannten ist unterdessen durch die Anwendung von Larosan erledigt worden.

Feer verwendet zur Ernährung gesunder und ernährungsgestörter Säuglinge eine Eiweißrahmmilch von folgender Zusammensetzung: 500 g Vollmilch, 50 g Rahm (20% Fett), 10 bis 50 g Nährzucker, 15 g Plasmon, 600 g Wasser. In einem Liter Milch sind zirka 600 Kalorien enthalten, die Menge der Bestandteile ist folgende:

Eiweiß	Fett	Zucker	Salze
2·6%	2·3%	6·2%	0·44%

Von dem Eiweiß stammt 1% aus dem Plasmon, von dem Gesamtzucker sind 4·2% Nährzucker. Pro Kilogramm Körpergewicht sind bei der Ernährung knapp 100 g der Milch zu reichen. Bei ernährungsgestörten Säuglingen ist zunächst eine Milch von geringerer Konzentration zu reichen: 300 g Vollmilch, 75 g Rahm, 50 g Nährzucker, 15 g Plasmon, 600 g Wasser. Allmählich ist dann zu der konzentrierteren Milch überzugehen.

Steinitz und Weigert empfehlen für akute Ernährungsstörungen bei künstlich genährten Säuglingen die Verabreichung

von Molkensuppen. Milch wird bei 40% mit Pegnin gelabt, die Molke wird mit 4% Mondamin aufgekocht und eventuell filtriert. Auch als Prophylaktikum beim Absetzen bewährte sich die Molkensuppe, die niemals allein, sondern stets mit Milchverdünnungen verabreicht wird. Auch bei älteren Kindern (2 bis 3 Jahre) bewirkte die Molkensuppe ein rasches Nachlassen von Durchfällen.

Milch als Krankheitsträger und Krankheitsursache.

D. Ostertag (2) gibt eine umfassende kritische Literaturübersicht über die bisherigen Arbeiten, die die Frage klären sollten, ob die Milch tuberkulöser Kühe für den Menschen gesundheitsschädlich sei. Das Ergebnis dieser Untersuchungen wird in folgenden Sätzen zusammengefaßt:

1. Kühe mit Eutertuberkulose scheiden regelmäßig Tuberkelbazillen mit der Milch aus.

2. Kühe mit anderen klinisch nachweisbaren Formen der offenen Tuberkulose können (infolge Verunreinigung beim Melken) tuberkelhaltige Milch liefern.

3. Die Milch lediglich reagierender Kühe pflegt keine Tuberkelbazillen zu enthalten.

4. Die Rindertuberkulose kann durch tuberkelbazillenhaltige Milch auf den Menschen übertragen werden.

5. Zur Abwehr der hierdurch drohenden Gefahr sind Eutertuberkulose und alle anderen Formen der offenen Tuberkulose veterinärpolizeilich zu bekämpfen (tierärztliche Kontrolle der Milchviehbestände).

Lagane (2) weist darauf hin, daß die von an Beri-beri erkrankten Müttern genährten Säuglinge dieser Krankheit ebenfalls zum Opfer fallen. Heilung wird durch Änderung der Nahrung erzielt. Die meisten Kinder (44 von 53) genesen fast unmittelbar nach dem Abstillen. Gegenüber normaler Milch ergab die Milch beriberikranker Frauen keine wesentlichen Veränderungen in der Zusammensetzung. In der Regel war nur der Fettgehalt um ein geringes erniedrigt, in einigen Fällen waren Kalk- und Phosphorsäure in erhöhter Menge vorhanden.

Nattan-Larrier beobachtete den Übertritt gewisser Trypanosomen, z. B. des Schizotrypanum Cruci, aus dem Blute in die Milchdrüse. Da diese Trypanosome auch die Schleimhaut des Darmes passiert, so erklären sich hieraus auch alimentäre Infektionen der Säuglinge. Andere Trypanosomen, wie Trypanosoma equiperdum, treten nur ausnahmsweise in die Milchdrüse über und passieren die Darmschleimhaut nicht.

Allgemeines.

A. Jacobi (New York). *Die Kinderheilkunde in den Vereinigten Staaten.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, S. 413.)

Interessante, mit feinem Humor gewürzte Ausführungen über die Entwicklung der Kinderheilkunde, der pädiatrischen Literatur und Hospitäler in Amerika. Thorspecken.

R. Fischl (Prag). *Erinnerungen aus den Lehr- und Wanderjahren.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, S. 321.)

Plauderei in der A. Baginsky gewidmeten Festschrift des Archivs. Thorspecken (Bremen).

Anatomie.

Engel (Düsseldorf). *Form, Lage und Lageveränderungen des Bronchialbaumes im Kindesalter.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, S. 267.)

Zahlreiche Tabellen zeigen die Verhältnisse in den verschiedenen Altersstufen. Hervorzuheben ist, daß die Bifurkation im ersten Lebensjahre nach Engels Untersuchungen zwischen drittem und viertem Brustwirbel steht, im 12. bis 13. Jahre am sechsten Brustwirbel. Die Atemschwankungen der Bifurkation betragen zirka $^1/_2$ Wirbelkörper. Thorspecken.

Physiologie und allgemeine Pathologie.

N. Krasnogorski. *Über die Grundmechanismen der Arbeit der Großhirnrinde bei Kindern.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 373 bis 398.)

Mit der Methodik des bedingten Reflexes lassen sich schon bei jungen Kindern Störungen in der Sensibilität der Haut, der Lageempfindung sowie Gehörs-, Geschmacks- und Geruchsstörungen nachweisen. In der Schnelligkeit, mit der sich bedingte Reflexe bei neuropathischen Kindern zur Ausbildung und zum Erlöschen bringen lassen, bestehen Unterschiede gegenüber dem gesunden Kinde. Die sogenannten spezifischen Spurreflexe, bei denen der bedingte Reflex auftritt zu einer Zeit, wo die Erregung bis auf Spuren abgeklungen ist, sind bei Kindern im Gegensatz zum Verhalten der Tiere durch hohe Spezifizität und Präzision ausgezeichnet. Sie entwickeln sich erst im 2. Lebensjahre, während die gewöhnlichen bedingten Reflexe schon im 1. Jahre auftreten. Die Analysatoren,

die Organe, welche bisher „Sinnesorgane" hießen, sind ebenfalls der Untersuchung am Kinde mit der Methodik des bedingten Reflexes zugänglich; das gleiche gilt für die verschiedenen Arten von Hemmungen, wie Pawlow sie kennen gelernt hat. Dies wird an Beispielen erläutert. Als einen neuen Mechanismus führt Verf. den des nervösen Ladens und Entladens auf. Dabei kommt zu dem Reiz des bedingten Reflexes ein Hemmungsreiz oder Förderungsreiz hinzu, der seine Wirkung erst auf eine nachfolgende Reizung entfaltet. Dieser Mechanismus bildet sich zeitlich später aus als alle anderen, er ist erst im 3. Lebensjahre voll entwickelt. H. Vogt.

Sever. *Position of the stomach in children in relation to posture.* (Körperhaltung im Verhältnis zur Lage des Magens bei Kindern.) (New York Med. Journ,, 20. September 1913.)

Verf. findet die Lage des Kindermagens relativ tief, öfter unter der Linie der Crista ilei. Kuhhornform des Magens ist relativ selten. Die Körperhaltung hat mit der Lage viel weniger zu tun, als vielfach angenommen wird, man soll deshalb nicht zu schnell auf Gastroptose schließen. Wachenheim (New York).

A. Reiche. *Zur Frage des Rückflusses von Pankreassaft in den Magen des Säuglings.* (A. d. Kaiserin-Augusta-Viktoria-Haus in Charlottenburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VI, S. 235.)

Die Untersuchungen ergaben, daß zwischen dem erwachsenen Menschen und dem kleinen Kinde, besonders dem Säugling, bezüglich des Verhaltens des Pankreassaftes ein Unterschied besteht. Während beim Erwachsenen der Übertritt von Pankreassaft in den Magen sicher bewiesen ist, ist dem Autor der Nachweis beim Säugling nie gelungen. „Eine Magenverdauung des Fettes und des Eiweißes durch Fermente der Pankreasdrüse ist daher unter normalen Verhältnissen ausgeschlossen." Birk (Kiel).

Schreiber et **Dorlencourt.** *Recherches experimentales sur l'influence de la chaleur chez les jeunes chiens.* (Arch de méd. des enf., Bd. XVI, 8.)

Temperaturen über 37° wirken bei jungen Hunden schnell deletär, bei 50° gingen dieselben in kurzer Zeit durch Hitzschlag zugrunde. Temperaturen von 30 bis 37° verursachten bei tagelanger Einwirkung Fieber, Erregtheit, Dyspnöe und Abmagerung. Das Fieber kann auch, nachdem die Tiere die Wärmekästen verlassen haben, noch mehrere Tage fortbestehen. Nur bei wenigen Tieren traten Darmstörungen auf.

Parallelversuche an natürlich und künstlich genährten Hunden zeigten, daß die ersteren keine größere Resistenz gegen die Hitzeschädigung besaßen als die letzteren.

Der Wert abkühlender Prozeduren wurde dadurch demonstriert, daß es gelang, von 2 Hunden, die $^1/_2$ Stunde lang einer Temperatur

von 50° ausgesetzt waren, denjenigen am Leben zu erhalten, der sofort einer Kaltwasserbehandlung unterworfen wurde.

Thorspecken (Bremen).

Diagnostik.

Eric Pritchard. *Abdominal pain in infants.* (Leibschmerzen bei Säuglingen.) (Lancet, 19. IV. 1913.)

„Wenn wir Gewohnheit, allgemeine nervöse Beschwerden, Zahnung (!), Beschwerden von seiten des Ohres und deutliche äußere Ursachen der Belästigung ausschalten können, so sind wir zu der Annahme berechtigt, daß die Ursache der Schmerzen im Abdomen zu suchen ist." Als wichtigsten Grund für Leibschmerzen bei Säuglingen nimmt Verf. „Dysperistalsis" an, d. h. „Inkoordination der motorischen Funktionen des Darmes"; hervorgerufen werden solche Zustände durch „unzweckmäßige Nahrung".

Behandlung: Aussetzen der Nahrung, Sedativa. Als seltenere Ursachen für Leibschmerzen beim Säugling kommen Intussuszeption, Hernien, Karies oder Osteomyelitis der Wirbelsäule, Appendizitis, Peritonitis in Betracht. Eckhardt.

Hochsinger (Wien). *Über bedeutungslose Geräusche in der Präkordialgegend von Kindern und Jugendlichen.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, S. 377.)

Hochsinger unterscheidet Herzlungengeräusche und endokardiale akzidentelle oder funktionelle Geräusche. Letztere kommen nach seinen Erfahrungen im Säuglings- und frühen Kindesalter nicht vor. Den von Schlieps eingeführten Terminus „atonische Herzgeräusche" möchte Hochsinger beibehalten, aber — im Gegensatz zu Schlieps — von akzidentellen Herzgeräuschen unterschieden wissen. Hochsinger versteht darunter Geräusche, welche bei nachweisbaren Zuständen von kindlicher Herzatonie (niederer Blutdruck, schlechte Arterienfüllung, dilatative Schwäche) vorkommen. Im Gegensatz zu den beiden ersteren Gruppen von Geräuschen besitzen die atonischen eine erhebliche pathologische Bedeutung. Im frühen Kindesalter werden auch diese außerordentlich selten gefunden. In differentialdiagnostischer Hinsicht ist es wichtig, daß die echten atonischen Geräusche unter allen denjenigen Bedingungen, die eine Steigerung des Blutdruckes bewirken (wie es Lederer und Stolte am Scharlachherzen zeigten), zum Verschwinden zu bringen sind, während die anderen, bedeutungslosen Geräusche durch körperliche und psychische Erregung eher verstärkt werden.

Thorspecken.

Pharmakologie und Toxikologie.

Pechère. *De l'emploi de rhodium colloidal dans la thérapeutique infantile.* (Gebrauch des kolloidalen Rhodiums in der Kinderheilkunde.) (La policlin., XXI, Nr. 23/24.)

Infektiöse Erkrankungen verschiedener Provenienz wurden mit Vorteil vom Verf. mit schwachen Dosen von kolloidalem Rhodium behandelt. Philipps (Antwerpen).

Wickham und **Degrais** (Paris). *Die Verwendung des Radiums bei der Behandlung der Hautepitheliome, der Angiome und der Keloide.*

Wickham (Paris). *Die Anwendung des Radiums in der Gynäkologie.* (Sonderabdrücke aus dem Handbuch der Radiumbiol. u. Ther. einschließlich der anderen radioaktiven Elemente.)

Die Abhandlungen berichten über große Erfolge. Man wird nicht umhin können, auch bei den Angiomen des Kindesalters, soweit sie im Gesicht sitzen, das Radium zu versuchen. Birk (Kiel).

Ralph Stockman. *The action of salicylic acid and chemically allied bodies in rheumatiç fever.* (Brit. med. Journ., 22. März 1913.)

Verf. hat zahlreiche Salizylpräparate und verwandte Körper auf ihre Wirkung bei rheumatischen Erkrankungen geprüft. Er kommt zu dem Resultate, daß die Wirkung aller Präparate parallel geht der Menge von Salizylsäure, die sie enthalten und im Organismus abspalten. Die COOH-Gruppe der Benzoesäure scheint für die Wirkung bestimmend zu sein; wird eine 2. COOH-Gruppe eingeführt, so kommt nur eine geringe oder gar keine Einwirkung zustande. Durch die weitere Hinzufügung einer OH-Gruppe (Salizylsäure) wird die Wirkung erheblich gesteigert; aber nur die Ortho-Säure ist wirksam, Meta- und Para-Oxybenzoesäure nicht. Eckhardt.

Paul J. Hanzlik und **R. J. Collins.** *Über Abspaltung von Formaldehyd aus Hexamethylenamin und die antiseptische Wirkung des Hexamethylenamins unter verschiedenen chemischen und biologischen Bedingungen.* (Arch. intern. med., XII, S. 578—612.)

Urotropin hat an sich keine bakterizide Wirksamkeit, sondern gewinnt sie erst durch die Abspaltung von Formaldehyd. Diese kommt nur zustande bei Gegenwart freier Wasserstoffionen über den Neutralpunkt hinaus. Urotropin verteilt sich zwar im Körper auf Blut, Zerebrospinalflüssigkeit, auf pleurale, perikardiale und synoviale Ergüsse, Harn usw. Eine Abspaltung von Formaldehyd erfolgt aber nur im Mageninhalt und im sauren Harn. Infolgedessen ist es irrationell, Urotropin gleichzeitig mit Alkali zu verordnen. Um eine Wirkung in den Harnwegen zu erreichen, muß eventuell gleichzeitig mit Urotropin so viel Mononatriumsulphat verabfolgt werden, daß die Phlorogluzinreaktion auf Formaldehyd im Harn auftritt. H. Vogt.

Mouriquand und **Dujol.** *Sur l'action diurétique de l'infusion de muguet des bois chez l'enfant. Cardiopathies. Nephrites; oedèmes essentiels.* (Über die diuretische Wirkung der Infusion von Waldmeister beim Kinde. Herzkrankheiten, Nephritis, essentielle Ödeme.) (Pathol. infant., X, 1.)

Der Einfluß eines 2%igen Waldmeisterinfuses soll bei Herzkrankheiten heftig, aber vorübergehend sein.

Philipps (Antwerpen).

Bakteriologie.

Marcel Meunier. *Neue Untersuchungen über echte und Pseudodiphtheriebazillen.* (Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique, 31. Mai 1913.)

An 115 Diphtheriefällen, ferner an einer Anzahl von Bazillenträgern hat Verf. ausgedehnte Untersuchungen angestellt, die sich besonders auf die Frage bezogen, ob eine sichere Trennung der echten von den Pseudodiphtheriebazillen möglich ist. Das Verhalten gegen verschiedene Zuckerarten ermöglicht keine zuverlässige Unterscheidung; auch kommt es vor, daß echte Diphtheriebazillen, die von Rekonvaleszenten stammen, keine Virulenz im Tierversuch aufweisen. Bazillen von mittlerer oder erheblicher Länge mit Neißerschen Granula sind als echte Diphtheriebazillen anzusehen im Gegensatz zu den kurzen Formen ohne Granula. Diese letzteren können zwar auch Erkrankungen der oberen Luftwege auslösen, doch zeigen diese dann einen milden Verlauf und keine Neigung zur Ausbreitung der Erkrankung. Rekonvaleszenten oder Bazillenträger, die echte Diphtheriebazillen beherbergen, sollen als Gefahr für ihre Umgebung betrachtet und entsprechend behandelt werden. Die Lokalbehandlung erweist sich als wirksames Mittel, um die Bazillen früher zum Verschwinden zu bringen, wenn es auch einzelne Fälle gibt, die jeder Behandlung zu trotzen scheinen. Die kurzen Stäbchen ohne Neißersche Granula haben keine epidemiologische Bedeutung.

H. Vogt.

F. C. R. Schulz (Gumbinnen). *Erfahrungen mit dem Galle-Diphtherienährboden nach v. Drigalski und Bierast.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 45, S. 2194.)

Verf. kommt zu dem Schluß, daß der Gallenährboden nach v. Drigalski und Bierast den Diphtherienachweis nicht verschärft, auch nicht in erhöhtem Maße für den Diptheriebazillus elektive Eigenschaften aufweist. Nagel-Hoffmann.

Serologie und Immunitätslehre.

G. Paul. *Über Aufschließung, Isolierung und Einengung von reinem vakzinalen Virus (Paschens-Körperchen) aus tierischen Schutzpocken (Kuhpocken) auf mechanischem Wege.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 44, S. 2137.)

Verf. ist es gelungen, durch kombinierte Zentrifugierung und Filtration den Vakzineerreger (Paschens Körperchen) sicher zu isolieren, nach Belieben zu konzentrieren und in haltbarer, von Fremdkeimen freier Form in größerem Maßstabe zu gewinnen. Er gibt eine genaue Beschreibung der Methode. Nagel-Hoffmann.

Entwicklung und Sprache.

E. Gallusser. *Ergebnisse der Taubstummenuntersuchungen in der Taubstummenanstalt St. Gallen.* (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Nr. 26.)

Die Zahl der Taubstummen in der Schweiz übertrifft die Durchschnittsquote der europäischen Länder um das Dreifache. Es sind in den letzten Jahren von ohrenärztlicher Seite zahlreiche Untersuchungen an den verschiedenen schweizerischen Taubstummenanstalten gemacht worden, so die vorliegenden an 86 Kindern.

Die Sonderstellung der Schweiz als Land der größten Taubstummenzahl ist nicht durch die erworbene Taubstummheit bedingt, sondern durch die angeborene, die in Verbindung mit Kropf und Kretinismus endemisch auftritt. Ferner spielt eine hereditäre anormale Keimanlage und Alkoholismus eine große Rolle.

Bezüglich der Ätiologie der erworbenen Taubstummheit stehen auch hier Gehirnkrankheiten (Meningitis cerebrospinalis) in erster, Scharlach in zweiter Linie.

Bei den mühsamen Untersuchungen (mit der Bezoldschen kontinuierlichen Stimmgabelreihe) zur Bestimmung der Ausdehnung und des Grades der Hörstörung zeigte sich, daß die Zahl der Totaltauben nur 16·2% betrug (gegenüber der Durchschnittsquote von 18·5% für die Schweiz und von 38·6% aus den deutschen Anstalten). Diese Differenzen erklären sich aus der Tatsache, daß die totale Taubstummheit mehr bei der durch Krankheit erworbenen Form auftritt und seltener bei der angeborenen, welche eben in der Schweiz überwiegt.

44 von 86 Kindern hatten noch Gehörreste, die sie für den Hörunterricht geeignet machen.

Verf. fordert darum Einrichtung von Hörklassen in den Taubstummenanstalten, wie solche auf Bezolds Anregungen hin zuerst in München und seither in mehreren großen Taubstummenanstalten Deutschlands mit überraschend guten Erfolgen organisiert worden sind. E. Burckhardt (Basel).

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

R. Bamberg. *Zur Physiologie der Laktation mit besonderer Berücksichtigung der chemischen Zusammensetzung der Frauenmilch milchreicher Frauen und des Einflusses der Menstruation.* (A. d. Kais. Augusta-Viktoria-Haus zu Charlottenburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VI, S. 424.) (Heubner-Festschrift.)

Der Verf. studierte die Frage, ob bei hoher Milchproduktion sich die Zusammensetzung der Frauenmilch ändert, und ob weiter die Menstruation irgend welchen Einfluß auf die chemische Zusammensetzung der Milch hat.

Hinsichtlich des Fettgehaltes ergab sich, daß die Steigerung der Milchmenge keinerlei ungünstigen Einfluß auf den Gehalt an Milchfett mit sich führt. Der Fettgehalt ist relativ konstant, er wird auch vom Alter der Laktierenden und von der Laktationsdauer nicht wesentlich beeinflußt. Etwaige Schwankungen sind individueller Natur. Der Stickstoff zeigt vom Beginn bis zum Ende der Laktation eine Tendenz zum allmählichen Absinken. Eine Beziehung der Stickstoffwerte zur Größe der produzierten Milchmenge besteht nicht.

Dasselbe gilt für den Zuckergehalt. Gelegentliche Schwankungen sind schon aus dem Grunde von geringer Bedeutung, weil auf ein Absinken des Zuckers meist ein Wiederanstieg folgt.

Ebenso wenig findet sich ein Absinken des Aschegehaltes der Milch bei hoher Produktion. Den von Schloß gefundenen Parallelismus der Werte für N und Asche konnte der Verf. nicht bestätigen.

Sehr sinnfällig sind die Ergebnisse der Kalkuntersuchungen. Bei einer Frau fand sich bei einer Milchmenge von

1600 cm³ : 0·046 CaO
2100 cm³ : 0·047 CaO
3200 cm³ : 0·045 CaO.

Die Zusammensetzung der Milch bleibt also auch bei sich steigernder Produktion eine ziemlich konstante.

Ein Einfluß der Menstruation auf die Beschaffenheit der Muttermilch konnte weder in quantitativer, noch in qualitativer Hinsicht festgestellt werden.

Die Durchschnittsanalysen der Frauenmilch, die der Verf. fand, geben wir hier wieder. Sie enthielt an

N . .	0·211 %	als	Mittel	aus	27	Analysen
Fett .	3·1 %	„	„	„	27	„
Zucker	6·69 %	„	„	„	20	„
Asche .	0·215 %	„	„	„	27	„
CaO .	0·0439 %	„	„	„	25	„

Birk (Kiel).

Tibone. *Sui rapporti fra mestruazione, allattamento e lattante.* (Über die Beziehungen zwischen Menstruation, Stillen und Säugling.) (Rassegna di ostetr. e. ginecol., 1913.)

Von 150 Frauen beobachtete Verf. die Erscheinung der Menses bei 83, und zwar bei 25 während der ersten 3 Monate, bei 34 vom 4. bis zum 6. Monate, bei 24 während der zweiten Hälfte der Stillzeit. Die Menses sind bei Primiparen (70%) häufiger als bei Pluriparen (17%). Bei letzteren war außerdem die Menstruation um so seltener, je zahlreicher die Schwangerschaften waren.

Während der Menstruation kann der Säugling mehr oder weniger deutliche Reaktionen aufweisen. Verf. beobachtete von 83 Fällen bei 48 (= 58%) weder allgemeine Störungen noch Stillstand oder Abnahme des Gewichtes; bei den übrigen 42% hatte Verf. mehr oder weniger ausgeprägte Erscheinungen, so bei 12 Kindern Unruhe, Dyspepsie, Diarrhöe, Gewichtsschwankungen, die zuweilen schon einige Tage vor der Menstruation auftraten. In keinem Falle war ein Unterbrechen des Stillens notwendig. Dotti (Florenz).

David Forsyth. *Breast feeding: the consumption of breast milk.*
Lucy Naish. *Breast feeding: its management and mismanagement.*
Disney H. D. Cran. *Breast feeding: Dr. Variots teaching.* (Lancet, 14. VI. 1913.)

Von den 3 Arbeiten verdient eigentlich nur die zweite eine besondere Erwähnung; diese beschäftigt sich mit den Schwierigkeiten beim Stillen. Die Verf., Mutter von 6 Kindern, die sie alle selbst genährt hat, wiederlegt auf Grund ihrer eigenen Erfahrungen zahlreiche Einwände, die häufig im Einzelfalle gegen das Stillen erhoben werden. Der Verf. der ersten Arbeit glaubt etwas Neues zu bringen, indem er die (durch Wägung bei jeder Mahlzeit festgestellten) täglich getrunkenen Brustmilchmengen bei einem Säuglinge vom 5. bis 49. Lebenstage mitteilt. Das Kind erhielt 7 bis 11 Mahlzeiten pro Tag; dabei schwankte sowohl die täglich getrunkene Menge wie die Größe der Einzelmahlzeiten sehr stark. Die 3. Arbeit polemisiert gegen die in Frankreich vielfach durchgeführte Übertragung der Budinschen Regel auf die Ernährung der Brustkinder, für die Verf. mit Variot $^1/_6$ des Körpergewichtes als Nahrungsmenge fordert. Eckhardt.

N. Fedele (Udine). *Se si debba permettere od interdire l'allattamento alle donne albuminuriche, colla complicanza o senza, di altre malattie acute.* (Ist Frauen mit Albuminurie [mit oder ohne Komplikation durch akute Krankheiten] das Stillen zu gestatten?) (La Ped., XI, 1912.)

Verf. geht von einem bei seiner eigenen, an $10^0/_{00}$iger Albuminurie leidenden Frau mit Erfolg angestellten Stillversuche aus, gibt eine Übersicht der Literatur und fügt noch die Beschreibung eines zweiten, dem Salgeschen und dem von Gioseffi beschriebenen

Falle ähnlichen Falles hinzu, bei dem eine an Scharlachnephritis leidende Mutter mit Erfolg stillte. Dotti (Florenz).

Frost. *Nerves and the nursing mother.* (Die Nervosität und das Stillen.) (Arch. of Pediatr., August 1913.)

Verf. bespricht die eventuelle Schädigung des Kindes bei hochgradiger neurotischer Anlage der stillenden Mutter.

Wachenheim (New York).

O. Cozzolino (Cagliari). *Zur Frage: Stillen bei Muttertuberkulose.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, S. 221.)

Cozzolino nimmt gegen die Äußerung Schloßmanns Stellung, daß unter Umständen leichttuberkulösen Müttern das Stillen zu erlauben respektive anzuraten sei. Thorspecken (Bremen).

J. Rosenthal et **P. H. Örum.** *Behandling av mave-tarmkatarr og atrofi hos spaede med maltsuppe.* (Behandlung der Magendarmkatarrhe und Atrophie der Säuglinge mit Malzsuppe.) (Bibl. f. Laeger, Jahrg. 105, 1913, S. 28.)

Bericht über die Behandlung von 242 an Ernährungsstörungen leidenden Säuglingen mit einer nur 4% Malzextrakt enthaltenden Malzsuppe. Die meisten der Säuglinge standen im ersten Lebensquartal. Verff. sind mit dem Resultate der Behandlung sehr zufrieden.

Wernstedt (Stockholm-Malmö).

Ph. Wehner (Potsdam). *Neue Anwendungsform von Larosan.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 44, S. 2147.)

In schweren Ernährungsstörungen, auch bei Kindern im zweiten Jahre, verabreichte Verf. Larosantee respektive -schleim (40 g auf 1 l); er sah dabei auffallende Besserung aller Symptome und konnte meist schon am zweiten Tage zu Larosanmilch übergehen.

Nagel-Hoffmann.

Bonnamour. *Le lait desséché dans l'alimentation du nourisson bien portant et du nourrisson malade. Les résultats; son mode d'emploi.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, 6.)

Porcher. *Les qualités, que doit posséder un bon lait desséché.* (Arch. de méd. des. enf., Bd. XVI, 6.)

Durch zahlreiche Kurven belegt Bonnamour die Tatsache, daß sich mit der getrockneten Milch vielfach gute Erfolge erzielen lassen. Den Hauptvorteil dieser Nahrung erblickt er darin, daß die Kinder dabei den Gefahren verfälschter, schlechter oder schlecht sterilisierter Milch entgehen.

Daß aber auch für das Milchpulver nur beste Milch verwendet werden darf, verlangt Porcher. Denn auch durch den Trocknungsprozeß werden nicht alle toxischen Substanzen zerstört. Ferner ist bei Anwendung der getrockneten Milch sehr zu beachten, daß sie ein

gewisses Alter nicht überschritten hat. Die Haltbarkeit des nicht entfetteten Milchpulvers beträgt 2 bis $2^1/_2$ Monate, des halb entfetteten 3 bis 4, des ganz entfetteten 8 bis 10 Monate. Die Packungen müssen deshalb genaue Bezeichnungen über die Herstellungsart, Fett- und Feuchtigkeitsgehalt, Datum usw. tragen. Die Kosten dieser Milch sind etwa so hoch wie diejenigen von gewöhnlicher Milch. Thorspecken (Bremen).

Hector Charles Cameron. *The uses and abuses of proprietary foods in infant feeding.* (Brit. med. Journ., 15. April 1913.)

Verf. bespricht die Gefahren einseitiger Kohlehydrat- und einseitiger Vollmilchernährung und beurteilt nach den daraus sich ergebenden Gesichtspunkten die im Handel befindlichen präparierten Säuglingsnährmittel. Eckhardt.

B. Bendix. *Zur Frage des Zuckerzusatzes bei der unnatürlichen Ernährung.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, H. 5/6, S. 467.)

Der Verf. hat die obige Frage in der Weise studiert, daß er an künstlich genährte Kinder in aufeinanderfolgenden Perioden die verschiedenen, gebräuchlichen Zuckerarten — Milchzucker, Rübenzucker, Malzzucker — verfütterte und ihren Einfluß auf Gewichtsverlauf und klinisches Verhalten der Kinder beobachtete. Er kam dabei zu folgendem Resultat: „Die verschiedene Wertigkeit der einzelnen Zuckerarten läßt sich in einwandfreier Weise an der Gewichtskurve nachweisen. Der Milchzucker ist entschieden in bezug auf den Gewichtsanstieg minderwertig. Erheblich höher ist der Rübenzucker zu bewerten, dessen Leistungsfähigkeit, gelegentlich noch von Malzzucker übertroffen wird."

Nach genauerer Durchsicht der Kurven und Krankengeschichten müssen wir allerdings gestehen, daß wir uns nicht so recht von diesem einwandfreien Nachweis überzeugen konnten. Zunächst sind es nur 13 Fälle, die der Autor untersucht hat. Von diesen muß man 2 ausschalten, weil es sich bei ihnen offenbar um schwer kranke Kinder handelte (VI und XIII). Auch Fall VII und VIII fallen weg, denn in diesen wurden nur Rübenzucker und Malzzucker verglichen. Weiter Fall I, III und IV, in denen der Autor selbst keinen Unterschied zwischen Milchzucker und Rübenzucker gefunden hat. Von den restierenden muß man auch Fall V ausschalten, denn in der Rübenzuckerperiode, in der die Zunahmen stärker waren, betrugen die Kalorienmengen 743 und in der Milchzuckerperiode nur 602.

Für die Frage: Rübenzucker oder Milchzucker bleiben von 13 Fällen also nur noch 5 übrig. Aber auch diese halten einer Kritik nicht alle stand: In Fall II z. B. nimmt das Kind bei Milchzucker täglich 12·5 g zu, bei Rübenzucker einmal 18 g, ein anderes Mal aber nur 11·5 g, also nur ebensoviel wie bei Milchzucker beziehungsweise noch weniger als bei diesem. Ferner Fall XI: bei Milchzucker 18·75 g, bei Rübenzucker 23·75 g, bei Malzzucker 17 g Zunahme. Eine wirklich hinfällige Überlegenheit des Rübenzuckers über den Milchzucker vermögen wir auch hier nicht herauszulesen.

Nur in 2 Fällen (IX, X, XII) rechtfertigt nach unserer Meinung die Gewichtskurve die obige Behauptung des Verf., daß der Milchzucker hinsichtlich des Gewichtsverlaufes minderwertig sei.

Hingegen geht aus zahlreichen Kurven des Verf. hervor, daß die gelegentlich von anderer Seite geäußerte Anschauung: der Zusatz von Milchzucker zu Kuhmilchverdünnungen sei überhaupt ohne Einfluß auf das Körpergewicht des Säuglings — nicht richtig ist. Mit dem Weglassen des Milchzuckers traten meist sehr deutliche Gewichtsabnahmen ein. Birk (Kiel).

Eustace Smith. *On avoidable difficulties in the handfeeding of infants.* (Vermeidbare Schwierigkeiten bei der künstlichen Ernährung.) (Brit. med. Journ., 14. Juni 1913.)

Verf. meint, daß die künstliche Ernährung in sehr vielen Fällen leichter vonstatten gehen würde, wenn der Arzt außer der zweckmäßigen Zusammensetzung der Nahrung noch folgende Dinge beachten und kontrollieren würde: „1. daß das Kind so schnell wie möglich in heißem Wasser gebadet werde und daß seine Füße und Hände niemals kalt würden; 2. daß in den verschiedenen Mahlzeiten des Tages eine genügende Abwechslung vorhanden sei (2, auch 3 verschiedene Zusammensetzungen!); 3. daß alle zur Ernährung notwendigen Gegenstände ganz sauber, die Nahrung frisch und alle hygienischen Vorrichtungen in bester Ordnung seien."

Eckhardt.

Chalmers Watson. *Remarks on the food requirements of children.* (Brit. med. Journ., 22. März 1913.)

Um bei Kindern einen Durchschnittswert ihres Bedarfes an Eiweiß, Fett und Kohlehydraten zu erhalten, hat Verf. bei 8 Kindern von Ärzten „das Äquivalent einer durchschnittlichen Tagesdiät" untersucht. 5 Kinder waren 4 Jahre, zwei 5 Jahre, eines 7 Jahre alt. Der so erhaltene Durchschnitt von 72·1 g Eiweiß, 69·1 g Fett und 198·4 g Kohlehydraten scheint dem Verf. trotz seiner Höhe „der nahezu richtige Standard" zu sein. Weiterhin hat Verf. den Nährwert von 5 verschiedenen Mittagmahlzeiten berechnet, wie sie in Edinburgh bei Schulspeisungen verabreicht werden. Er kommt auf einen Durchschnitt von 27·1 g Eiweiß, 9·0 g Fett und 102·0 g Kohlehydraten. In den meisten Mahlzeiten ist der Fettgehalt noch wesentlich niedriger als der genannte Durchschnitt; letzterer wird nur so hoch durch den Fettgehalt des Plumpuddings, mit 20·2 g Fett pro Kind. Wohl mit Recht weist Verf. darauf hin, daß die in England häufige Unterernährung der ärmeren Bevölkerung nicht so sehr in der Armut als „in der außerordentlichen Unerfahrenheit englischer Frauen in industriellen Kreisen" in bezug auf Nährwert der Speisen, Kochen usw. ihren Grund hat; bei uns liegen die Dinge ja ähnlich. Eckhardt.

D. Pacchioni. *Considerazioni critiche su i cosiddetti disturbi della nutrizione.* (Kritische Betrachtungen über die sogenannten Ernährungsstörungen.) (Riv. di Clin. ped., November 1913.)

So sehr auch Verf. die Resultate der deutschen Forschung auf dem Gebiete der Ernährungsstörungen bewundert und ihre Bedeutung anerkennt, kann er doch den von Czerny verfochtenen Standpunkt, als zu dehnbar und etwas unbestimmt, nicht ohneweiters annehmen. Es gibt in der Tat kaum einen pathologischen Zustand, der nicht auf eine Ernährungsstörung zürückgeführt werden könne. Im Gegensatz dazu ist die Ernährungsstörung nur als eine schädliche Folge z. B. der anormalen Alimentation aufzufassen. Verf. gibt seinen Bedenken über die Ergebnisse der chemischen Stoffwechseluntersuchungen der deutschen Schule Ausdruck, übt Kritik an der Azidosetheorie Czerny-Kellers sowie an der von Finkelstein und bemerkt schließlich, daß dieselben nur als vorläufige Hypothesen angesehen werden können. Verf. hält es jedoch für angezeigt, die Krankheitserscheinungen auf eine der Wirklichkeit besser entsprechende Pathogenese zurückzuführen und sieht das pathogenetische Grundmoment stets in den Zuständen der Darmschleimhaut, da ja doch nur die Zellen letzterer die ganze Ernährung regeln. Es scheint also logischer und der Wirklichkeit entsprechender, die Ernährungsstörungen ausdrücklich im Darm zu lokalisieren und zu sagen, daß sowohl die ursprüngliche Ursache als die letzten Folgeerscheinungen der Ernährung des Organismus in den Verdauungswegen ihren Sitz haben und daß es sich also eher um Erkrankungen des Ernährungsapparates als um Ernährungsstörungen handelt.

Hier gibt Verf. einen Überblick über die wichtigsten Kenntnisse der Physiologie und hebt die ganz besondere Bedeutung der Darmepithelzellen hervor, die als Drüsenorgane mit innerer Sekretion aufzufassen sind. Soweit diese Zellen ihrer Aufgabe gerecht werden, ist von keiner Krankheit die Rede. Dieselbe beginnt, wie ja auch deutsche Autoren behaupten, erst, sobald diese Zellen eine ungenügende Tätigkeit entfalten. Diese Insuffizienz der Darmepithelzellen stellt die pathogenetische Grundlage der Ernährungsstörungen dar.

Finkelsteins Toleranzgrenze entspricht der Grenze der funktionellen Tätigkeit der Darmepithelzellen. Natürlich können am Anfang einer Ernährungsstörung, da ja die Veränderung einen rein funktionellen Charakter trägt, keine Symptome zu Lasten des Darmkanals auftreten.

Verf. übergeht die Schäden der Unterernährung mit Stillschweigen, da dieselben nicht durch die Ernährung selbst, sondern durch Mangel an Ernährung hervorgerufen werden und glaubt, daß dieselben dort zu besprechen seien, wo es sich neben den Diathesen und Konstitutionen um den Begriff der allgemeinen Ernährung handelt.

Was die Anwendung des pathogenetischen Begriffes anbetrifft, so bezieht sich Verf. auf die Krankheitserscheinungen bei der künst-

lichen Ernährung und setzt auseinander, daß bei Überschreitung der Maximalgrenze der funktionellen Tätigkeit der Epithelzellen der Darmschleimhaut der Bankerott der Zellfunktionen eintritt. Die erste ausfallende Funktion von den drei Funktionen (Verdauung, Resorption und Assimilation) ist die Assimilation, da diese die unnatürliche, durch die künstliche, unnatürliche Ernährung bedingte Funktion darstellt. Der Ausfall dieser Funktion betrifft zunächst nur die Eiweißstoffe und Fette. Die Kohlenhydrate und Salze werden dagegen gut ertragen. Bei Einschränkung der Diät erhält man eine günstige Wirkung, da sich das Gleichgewicht der Assimilationsfunktionen wieder herstellt. Es kann eine Toleranzdiät gefunden werden, welche das Körpergewicht wenigstens stationär erhält und als Maßstab dieser Funktion dient. Bei Darreichung größerer Eiweiß- (Combe) und Fettmengen hat man die paradoxale Reaktion, da eine größere Menge dieser schlecht verarbeiteten Materiale die Bedingungen des Stoffwechsels schließlich modifiziert. Da nun Assimilation und Resorption in engem Zusammenhange stehen, so hat man dann als weitere Folge einen Ausfall auch in der Resorption und tatsächlich erscheinen Kaseinreste (Uffenheimer) und bedingen eine Zunahme der Seifen in den Fäzes. Mit dem Fortschreiten des Ernährungsfehlers wird die Insuffizienz der Darmzellen immer größer und dehnt sich auch auf die Verdauungsfunktionen aus. So hat man auch Stagnation ungenügend verdauter Stoffe mit anormalen, besonders sauren Gärungen und Zersetzungen, die die Bildung von Seifen hintanhalten. Die Fettsäuren und andere saure Substanzen bedingen dann eine Reizwirkung auf die Schleimhaut, die mit Schleim- und Wasserausscheidung und übertriebener Peristaltik reagiert. So kommt es zu Dyspepsie, wobei die Darmfunktion von einer funktionellen zu einer organischen wird. Die Persistenz dieses Zustandes beschränkt immer mehr den Eintritt zur Assimilation geeigneter Stoffe in den Blutkreislauf und kann dadurch die schließliche Sistierung der autonomen Funktionen des Wachstums bedingen, mit nachfolgender Atrophie oder Zersetzung, wie man es nennen will. Die Verschlimmerung dieses Darmzustandes dagegen kann andrerseits die Schleimhaut zu einem solchen Zustande funktioneller Defizienz führen, daß dieselbe, wie eine nicht mehr lebende Membran, ihre Resorptions- und Assimilationsfunktionen nicht mehr nach ihren normal biologischen Gesetzen, sondern einzig und allein nach physiologischen Gesetzen vollzieht. So dringen nun Proteinstoffe, Fette, Lipoide, Zucker und Salze in einem solchen Zustande mangelhafter Verarbeitung in den Kreislauf, daß sie toxische Eigenschaften erlangen können. Die Intoxikation aus Alimentärstoffen, von anderen Umständen abgesehen, wäre eben durch einen solchen Mechanismus bedingt.

Verf. hebt zum Schlusse die hohe, grundlegende Bedeutung des Darmes bei solchen Störungen hervor und sieht sich daher wiederum genötigt, diese krankhaften Erscheinungen ganz entschieden in den Verdauungswegen zu lokalisieren. In Ermanglung anderer Benennungen, die sie zu individualisieren und zu bestimmen ver-

mögen, wählte er den Namen Enterose. Genauer gesagt, wären unter Enterose solche chronische krankhafte Erscheinungen des Darmes aus alimentärer Ursache zu verstehen, die vorwiegend durch eine funktionelle Insuffizienz der Darmschleimhautzellen, insbesondere der Epithelzellen, bedingt sind. Wie jede andere Affektion der Verdauungswege wäre die Enterose durch zweierlei Arten von Symptomen gekennzeichnet, erstens durch Darmsymptome, dann durch allgemeine Symptome zu Lasten der Ernährung und schließlich durch Intoxikation. Im Gegensatz zur Enteritis wären jedoch die Darmerscheinungen der Enterose, besonders im Anfangsstadium, nicht so auffallend, wie die allgemeinen Erscheinungen, entsprechend dem beinahe völligen Fehlen anatomischer Veränderungen und der bedeutenden Schädigung der funktionellen Zellentätigkeit.

Ohne hier etwas Neues sagen zu wollen, glaubt doch Verf. durch diese Erörterungen die Frage der Störungen aus Alimentärstoffen in ein helleres Licht zu stellen und so die Theorien der deutschen Schulen mit dem natürlichen Verlaufe der Erscheinungen in Einklang zu bringen. Dotti (Florenz).

D. Pacchioni. *Sulla dottrina dell' atrofia infantile.* (Über die Lehre der kindlichen Atrophie.) (La Ped., N. X, 1913.)

Verf. geht vom Wachstum aus und erblickt in demselben ein zelluläres Problem. Dann bespricht Verf. die inneren und äußeren, diese besondere Zellentätigkeit beeinflussenden Momente und verweilt vor allem bei den materiellen Bedingungen des kindlichen Wachstums und bei der sogenannten Wachstumsenergie. Verf. erinnert an die nach Individuum und Organ (auch bei demselben Individuum) wechselnden Variationen dieser Energie, will aber letztere keineswegs mit der vitalen Energie verwechselt wissen. Einen großen Einfluß darauf hat seiner Meinung nach die Vererbung und einen nicht geringeren die jedem Individuum eigenen Hormone. Verf. schreibt die Suprematie der Muttermilch dem Vorhandensein von Hormonen der Menschenrasse in derselben zu und nimmt schließlich, auf Grund vieler klinischer und allgemein biologischer Betrachtungen, die Existenz einer autonomen Wachstumsfunktion an.

Was nun die Pathogenese der Atrophie anbelangt, so faßt Verf. die verschiedenen diesbezüglichen Theorien dahin zusammen, daß seiner Meinung nach die toxische Theorie von Fede und die Theorie von Finkelstein die bedeutendste Stelle einnehmen. Verf. bekämpft diese Theorien und meint, daß die von Fede und von Finkelstein angenommenen Bedingungen als ätiologische, aber nicht als pathologische Bedingungen zu betrachten seien. Für Verf. ist die Pathogenese klar, sobald man an das autonome Bestehen der Wachstumsfunktion denkt. Die kindliche Atrophie hängt eben von der Beschränkung oder dem Stillstande dieser Funktion ab. Sobald die Wachstumsfunktion aufhört, hat man als hauptsächliche Symptome Stillstand des Wachstums oder auch Kachexie. Die Kachexie entsteht dadurch, daß durch Abnahme oder gänzliches

Erlöschen dieser das ganze Leben der kindlichen Elemente beherrschenden Wachstumszellentätigkeit ein Zerfall der Zellen bedingt wird, da denselben die Anlage zur autonomen Assimilation abgeht, so daß die anabolischen Erscheinungen immer mehr in den Hintergrund treten, mit progressivem Verlust an lebender Substanz.

Wie sich ein Muskel durch Zerstörung von fibrillen und Abnahme des Sarkoplasmas, sobald seine Kontraktionsfunktion behindert ist, immer mehr atrophisiert, so atrophisieren sich die Gewebe des Kindes, sobald durch irgend eine Ursache ein Stillstand der Wachstumsfunktion bedingt wird.

Verf. schließt daher mit der Behauptung, daß die kindliche Atrophie ein Syndrom mit verschiedenartiger Ätiologie sei, welches schließlich von einem Wachstumsstillstand und einer durch das Aufhören der autonomen Wachstumsfunktion bedingten zellulären Desintegration abhängt. Dotti (Florenz).

Paul Boncour. *Excitabilité psycho-motrice et troubles digestifs chez l'enfant.* (Psycho-motorische Erregbarkeit und Verdauungsstörungen beim Kinde.) (Pathol. infant., X, 1.)

Philipps (Antwerpen).

E. Wieland. *Über schwere Verdauungsinsuffizienz jenseits des Säuglingsalters.* (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Nr. 40.)

Verf. zeichnet das Bild der schweren Verdauungsinsuffizienz jenseits des Säuglingsalters, das zuerst von Schütz als Enteritis chron. beschrieben, dann von Herter als Rückfall der Darmfunktionen in die Säuglingsperiode, verursacht durch eine spezielle Infektion, und hauptsächlich von Heubner als funktioneller Anlagedefekt des Magendarmkanals gedeutet wurde. Czerny faßt das ganze Krankheitsbild im wesentlichen als schwere Neurose auf. Die Fälle, vorab die leichteren, sind unter den Kindern der Bessersituierten nicht gar so selten und gehören in die Domäne der Hausärzte.

Der vorhandene Pseudoaszites hat zu Verwechslungen mit Darm- und Bauchfelltuberkulose geführt. Die Prognose wird als nicht ungünstig bezeichnet bei rechtzeitiger Diagnose und sorgfältiger, langanhaltender Diätetik. In der Therapie spielt die Eiweißmilch respektive eiweißreiche Kost die Hauptrolle wegen der infolge der konstitutionellen Darmschwäche auftretenden Gärungen.

Die eingehenden Krankengeschichten von 2 Fällen vervollständigen das Bild: ein $2^1/_2$jähriger Knabe mit typischem intestinalem Infantilismus, also einer endogenen Minderwertigkeit nach $^1/_2$jähriger Spitalbehandlung geheilt; — ein $5^1/_2$jähriger hochgradig ernährungsgestörter Knabe (9 kg) mit starker Fett- und Kohlehydratintoleranz, bei dem aber weniger der Anlagedefekt, sondern frühzeitige, immer wiederkehrende, grobe Ernährungssünden, also ektogene Momente, das Krankheitsbild erzeugten. Tod in voller Rekonvaleszenz. Die Sektion ergab keine befriedigende Aufklärung; die Todesursache dürfte in der schweren, latenten Stoffwechselanomalie liegen. E. Burckhardt (Basel).

Milchwissenschaft und Molkereipraxis.

G. B. Allaria (Turin). *Della funzione della temperatura nell' inacidimento spontaneo del latte.* (Über die Funktion der Temperatur bei spontaner Ansäuerung der Milch.) (Riv. di Igiene a Sanità pubbl., 1912.)

Aus der Bestimmung des aktiven Säuregehaltes der verschiedenen Temperaturen ausgesetzten Kuhmilch ergibt das Maximum der Ansäuerung bei Milch mit zirka 37° Temperatur. Die Ansäuerung ist bei Eisschranktemperatur noch augenscheinlich, sinkt aber bei Temperatur von 55° (im Thermostat) beinahe auf 0 herab. Daher die Schlußfolgerung, daß spontane Säuregärung der Milch bei Temperatur, bei der Seren inaktiviert werden, eine größere Hemmung erleidet als bei Eisschranktemperatur.

Nun ist aber, wie bekannt, besonders im Sommer, die mit gewöhnlichen Dampfheizvorrichtungen sterilisierte Milch nicht immer leicht zu erhalten und nicht selten sind Milchfläschchen trotz der größten Vorsicht in angesäuertem Zustande vorzufinden.

Angesichts des Umstandes, daß schlecht konservierte Milch für Säuglinge eine Quelle großer Gefahren, eine der wichtigsten Krankheitsursachen darstellt, und auf Grund der Ergebnisse seiner gegenwärtigen Untersuchungen, schlägt Verf. vor, in Instituten mit großem Milchkonsum die sterilisierte Milch im Brutschrank bei Temperatur von 52 bis 55°, anstatt im Eisschranke aufzubewahren.

Die Aufbewahrung der Milch bei Temperatur von 55° alteriert deren Konstitution nicht in empfindlichem Maße und anderseits ist ja die Temperatur, besonders im Sommer, leichter auf einer konstanten Höhe von zirka 55° in einem Brutschranke zu halten als auf 7 bis 8° in einem Eisschranke und dann sind die Kosten dieses Verfahrens gewiß geringer als die des Kühlverfahrens.

Dotti (Florenz).

J. Honigmund. *Über die Veränderungen der Milch maul- und klauenseuchekranker Kühe.* (Inaug.-Dissert., Berlin, 1912, Verlag von R. Trenkel.)

W. Martin. *Untersuchungen über die chemische und biologische Veränderung sowie über die Infektiosität der Milch maul- und klauenseuchekranker Kühe.* (Verlag von O. Nemmich, Leipzig, 1912.)

Martin stellte eine größere Zahl von Versuchen am Menschen über die Infektiosität der Milch von maul- und klauenseuchekranken Kühen an. Die aseptisch gewonnene Milch enthält das Virus nicht und muß als ungefährlich betrachtet werden. Wenn der Milch direkt Aphtheninhalt in größerer Menge zugesetzt wird, so ist, wie ein Selbstversuch des Autors zeigt, eine Erkrankung möglich. Es traten leichtere Krankheitserscheinungen auf. Thorspecken (Berlin).

Stoffwechsel.

J. Bing et **O. Windslöf.** *Undersögelser over blodsukkeret hos boern.* (Untersuchungen über den Blutzuckergehalt des Kindes.) (Bibl. f. Laeger, Jahrg. 105, 1913, S. 181.)

Bei nüchternem Säugling fanden Verff. niedrige Werte der Blutzuckermenge. Der Nahrungsaufnahme folgte bald eine Steigerung des Blutzuckergehaltes, die den Wert übertrifft, den die meisten Verff. als Hyperglykämie deuten. Diese Steigerung ist aber nur eine physiologische Erscheinung, die nicht von einer Ausscheidung des Zuckers durch den Harn gefolgt ist und in den nächsten Stunden nach der Nahrungsaufnahme sich erniedrigt. Er fand im Durchschnitt nach 1, 2, 3 und 12 Stunden beziehungsweise 0·159%, 0·122%, 0·106% und 0·087%. Er benutzte bei der Bestimmung die Bangsche Methode.

Wernstedt (Stockholm-Malmö).

Paul Grosser. *Organische und anorganische Phosphate im Stoffwechsel.* (Erg. d. inn. Med. u. Kinderheilk., Bd. XI, 1913, S. 119.)

Die Abhandlung verfolgt außer dem rein physiologischen Interesse einer möglichst eingehenden Darstellung des Phosphorstoffwechsels noch das praktische, die Haltlosigkeit der Lezithinreklame ins rechte Licht zu setzen. In letzterer Hinsicht betont sie die Feststellung der weitestgehenden Fähigkeit des Körpers, organische Phosphorverbindungen im Darme gänzlich abzubauen sowie den (in letzter Zeit insbesondere durch die Abderhaldenschen Versuche) immer weiter ausgebauten Nachweis der Synthese der organischen Phosphorverbindungen im Tierkörper aus organischem Material; in dem gleichen Sinne werden die zum Nachweise der Überlegenheit der Lezithinverabreichung gegenüber der von organischen Phosphaten angeführten Stoffwechseluntersuchungen als der Kritik nicht standhaltend erwiesen. Im übrigen bietet die Arbeit eine übersichtlich geordnete Sammlung einer großen Fülle von auf den Phosphorstoffwechsel bezüglichem Material. W. Freund (Breslau).

Albert Niemann. *Der respiratorische Gaswechsel im Säuglingsalter.* (Erg. d. inn. Med. u. Kinderheil., Bd. XI, 1913, S. 32.)

Verf. sichtet kritisch das bisher vorliegende nicht allzu bedeutende Zahlenmaterial, das, abgesehen von den alten grundlegenden Untersuchungen Rubner-Heubners, nur von ihm selbst und von Schloßmann und Murschhauser herrührt. Bezüglich der Kohlensäureausscheidung ergibt sich, was im Hinblick auf die Sprödigkeit der Methodik hervorgehoben sei, in weitgehender Übereinstimmung aller Versuche für das gesunde Brustkind ein Wert von 13 bis 15 g auf den Quadratmeter Körperfläche berechnet; bei den Atrophikern treten dagegen größere — mehr oder weniger gut erklärbare — Differenzen in der CO_2-Produktion hervor. Für die O_2-Aufnahme liegen einwandfrei gewonnene Zahlen lediglich von seiten Schloßmanns und Murschhausers vor. Sie ergeben für das gesunde

nüchterne Brustkind ziemlich konstante Werte um 11 g pro Quadratmeter Körperoberfläche; dem entsprechend ist — nach dem über die CO_2-Produktion Gesagten — auch der respiratorische Quotient eine recht konstante Größe. Er ist dies aber auch bei den hinsichtlich ihrer O_2-Aufnahme von Schloßmann untersuchten Atrophikern, da bei ihnen im Falle gesteigerter oder verminderter CO_2-Produktion sich immer auch die O_2-Aufnahme entsprechend gesteigert respektive vermindert erweist.

Was endlich die Wasserdampfproduktion betrifft, so ergeben die 14 vorliegenden Untersuchungen überaus ungleichmäßige Werte, ein Zeichen für die Fülle der hier einen Einfluß besitzenden und kaum übersehbaren Faktoren.

Beim Vergleich des respiratorischen Gaswechsels des Säuglings mit dem des Erwachsenen kommt Verf. zu dem Schlusse, daß auf Grund der außerordentlich guten Untersuchung der CO_2- und O_2-Werte pro Quadratmeter Körperfläche bei beiden die Rubnersche Ansicht, wonach der Gaswechsel stets der Oberflächenentwicklung entspricht und nicht beim jugendlichen Individuum an sich noch gesteigert ist (Tigerstedt, Magnus-Levy), zu Recht besteht; die Wasserdampfproduktion dagegen, für die nicht die Oberfläche, sondern das Körpergewicht den Maßstab abgibt, muß beim Säugling, der pro Kilogramm 3mal so viel Stoff verbrennt als der Erwachsene, entsprechend weit höher sein. W. Freund (Breslau).

Cowie and **Hubbard.** *A rapid clinical method for the estimation of total fat infants stools.* (Rapide Methode zur totalen Fettschätzung im Säuglingsstuhle.) (Americ. Journ. Dis. Childr., September 1913.)

Verff. zentrifugieren 0·5 g Stuhl mit 17·5 cm^3 konzentrierter Schwefelsäure, mit nachherigem Zusatz von 1 cm^3 Amylalkohol.

Wachenheim (New York).

Düker. *Untersuchung nach dem Befunde der Leberzellen bei Stoffwechsel-Acidose.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1913, II, S. 379.)

Mosse hatte schon früher bei seinen diesbezüglichen experimentellen pathologischen Untersuchungen konstatiert, daß die Färbeaffinität der Leberzellen, die normal eine oxyphile ist, bei der Azidose sich ändert in eine basophile, durch die entstandene saure Reaktion der Leberzelle. Er meinte, infolgedessen in den Färbungsverhältnissen eine Methode gefunden zu haben, die Azidose mikrochemisch zu diagnostizieren.

Später wurde durch Tugendreich bei seinen Untersuchungen an Kindern, die an Azidose nach alimentärer Intoxikation gestorben waren, den Befund Mosses auch für die Klinik bestätigt.

Zu einem entgegengesetzten Resultate kam Petersen, der in seinen Fällen von klinisch gut festgestellter Azidose (u. a. bei Diabetes) das Leberplasma oxyphil fand.

Düker hat nun wegen der bestehenden Kontroverse die Frage von neuem studiert. Zu diesem Zwecke wurde die Leber eines 6 Wochen alten Säuglings, der im hiesigen Kinderkrankenhaus an alimentärer Intoxikation gestorben war, schon eine Stunde nach dem Tode, in dieser Richtung untersucht und dabei ergab sich, daß das Lebergewebe basophil war. Eine genau nach derselben Methode untersuchte Leber eines an Pneumonie gestorbenen rachitischen Kindes (ohne Ernährungsstörung), eine Stunde nach dem Tode untersucht, ergab ein oxyphiles Gewebe.

Auf Grund seiner weiteren Untersuchungen meint Düker indessen, daß die Basophilie bei der Azidose nicht die Folge der saueren Reaktion der Leberzelle sei. Er erklärt die Basophilie vielmehr so, daß bei der Azidose das indifferente Stützgewebe des Protoplasmas, ebenso wie in der Norm, basophil reagiert, während der in der Norm oxyphil reagierende Zellenteil, das Paraplasma, seine oxyphile Reaktion bei der Azidose eingebüßt hat. Graanboom.

A. Schkarin und **W. Kufajeff.** *Beiträge zur Frage über die Wirkung von Solbädern auf den kindlichen Organismus.* (A. d. Kinderklinik a. d. kaiserl. mil.-med. Akad. zu St. Petersburg; Vorstand: Prof. A. Schkarin.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, H. 5/6, S. 413.)

Es wurde bei 5 Kindern der Stickstoffwechsel in einer Vorperiode und einer daran angeschlossenen zweiten Periode, während welcher die Kinder Solbäder erhielten, untersucht. In 3 von diesen Fällen wurde noch eine dritte Periode angeschlossen. Die Solbäder bestanden aus täglich verabfolgten 10 Minuten dauernden Bädern von 35° C mit 1 bis $1^1/_2$% Meersalz. Die Kinder standen im Alter von 2 bis 6 Jahren.

Die Versuche führten zu dem übereinstimmenden Ergebnis, daß unter dem Einfluß der Solbäder die Stickstoffretention mehr oder weniger beträchtlich sank, wohingegen die Resorption kaum beeinträchtigt wurde. In den 3 Fällen, in denen die Nachwirkung der Bäder durch eine dritte Periode kontrolliert wurde, zeigte sich, daß nach dem Aussetzen der Bäder die N-Retention langsam wieder in die Höhe zu gehen bestrebt war, ohne jedoch das Niveau der ersten Periode ganz wieder zu erreichen, wenigstens nicht, solange die Versuche dauerten.

Auf die günstige Wirkung der Solbäder — das ist das Fazit dieser Versuche — darf man demnach nur in Fällen rechnen, wo der Organismus stark genug ist, um nach der Kur in die Phase der Herabsetzung der N-Ausscheidung einzutreten, wogegen bei Kindern, bei welchen eine solche Reaktion während der Nachperiode nicht eintritt, diese Kur kaum angebracht sein dürfte. Birk (Kiel).

Fötus und Embryo.

Mezbourian. *Douleurs et contractions utérines suivies de montée laiteuse an huitième mois de la grossesse. Allaitement. Continuation de la grossesse.* (Arch de méd. des enf., Bd. XVI, 9.)

Bemerkenswerter Fall. Der Fötus starb ab und wurde erst, nachdem die Frau längere Zeit ihre eigene kleine Schwester gestillt hatte, geboren. Thorspecken (Bremen).

Neugeborene.

Ch. David. *Phlébite double des membres inférieurs chez un nouveau-né, consécutive à une infection d'origine ombilicale.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, 8.)

Sehr langsamer Verlauf der Sepsis, Tod nach fast 2 Monaten. Thorspecken (Bremen).

J. Pallesen. *Über akute Infektionen Neugeborener. (Stomatitis, Pemphigus, Furunkulose und Mastitis.)* (Inaug.-Dissert., Kiel, 1913.) Birk (Kiel).

Frühgeburt.

K. Bakker. *Über die Lebensaussichten frühgeborener Kinder mit Berücksichtigung der spontan frühgeborenen Kinder.* (Inaug.-Dissert., Kiel. Verlag von Voss, Leipzig und Hamburg, 1913.)

Der Arbeit liegt das Material der gynäkologischen Abteilung des allgemeinen Krankenhauses Eppendorf zugrunde.

Die Mortalitätsziffer der Anstalt betrug bei normalen Kindern 0·81%. Sie erhöhte sich bei Frühgeborenen im Gewichte von 2500 bis 2000 g auf 1·75%.

Von den Frühgeburten im Gewichte von 2000 bis 2500 g starben bereits in der Anstalt 10·66%. Nach der Entlassung gingen von den ehelichen — soweit sich feststellen ließ — noch 16·21% zugrunde, von den unehelichen sogar 38·71%. Die Gesamtmortalität derer, die lebend die Anstalt verließen, betrug also im ersten Lebensjahre 38·7%.

Von den Kindern im Gewichte von 1500 bis 2000 g wurden nur 66% lebend entlassen, also in der Anstalt bereits eine Sterblichkeit von 34%. Nach der Entlassung starben 20% der Ehelichen und 52% der Unehelichen. Im ganzen betrug die Sterblichkeit der Lebendentlassenen demnach 45%.

Beim Gewichte von 1000 bis 1500 g starben in der Anstalt 88%. Nur 10 von 75 Kindern wurden lebend entlassen und davon war bei der späteren Nachforschung 1 einziges noch an Leben.

In allen diesen Fällen handelte es sich um spontan zu früh geborene Kinder.

Von den durch künstlich herbeigeführte Frühgeburt geborenen Säuglingen wurden alle über 2000 g wiegenden lebend entlassen, von den übrigen jedoch nur 46%. Im ganzen betrug die Sterblichkeit der künstlichen Frühgeburten 75·75%. Birk (Kiel).

E. Cordier. *Contribution à l'étude de la débilité congénitale.* (Beitrag zum Studium der kongenitalen Debilität.) (Ann. policlin. centr., XII, 12.)

Indem er jedes Kind, welches 3 kg wiegt oder welches die Anstalt vor dieser Zeit verlassen hat, als geheilt ansieht, gibt Verf. folgende Mortalitätszahlen von 332 Frühgeborenen und Debilen. (Er macht keinen Unterschied zwischen beiden Klassen.)

100%	Mortalität	bei	Kindern	unter	1000 g
77·8%	„	„	„	„	1000—1250 g
71·9%	„	„	„	„	1250—1500 g
46·5%	„	„	„	„	1500—2000 g
44·6%	„	„	„	„	2000—2500 g.

Alle Kinder sind Brustkinder. Philipps (Antwerpen).

W. Thiede (Berlin). *Über die elektrische Sicherheitscouveuse (Baginsky-Hanfland).* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, p. 713.)

Die Couveuse besitzt eine 3fache Sicherheitsvorrichtung zur Kontrolle der Temperatur. Thorspecken (Bremen).

Diathesen.

J. W. Friedjung (Wien). *Ernährungsstörungen der Brustkinder und Konstitution.* (Eine Studie über Organminderwertigkeit.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, H. 1/2, S. 87.) (Heubner-Festschrift.)

Die Arbeit knüpft an eine Untersuchung eines Wiener Arztes namens Adler „über Minderwertigkeit von Organen" an, in der angeblich nachgewiesen wird, daß die Minderwertigkeit gewisser Organe vererbbar sei und sich in der Deszendenz an demselben Organ wieder äußert. Auf das Kindesalter angewandt, wird diese Ansicht vom Verf. etwa so formuliert, daß er bei normal verdauenden Brustkindern auch Eltern mit normalen Verdauungsfunktionen erwartet und umgekehrt bei Brustkindern mit anormalen Stühlen Eltern mit minderwertigem Darm findet, wobei man als Leser aller-

dings sofort einen geheimen Zweifel verspürt, ob denn all die vielen Obstipationen der Mütter wirklich durch eine Organminderwertigkeit bedingt sein sollten. Sehr überraschend kommt einem auch die Behauptung des Verf., daß die moderne Pädiatrie der Bedeutung der Konstitution für die Ernährung und das Gedeihen des Säuglings noch nicht genug gerecht werde! Birk (Kiel).

David Marine. *Beobachtungen über Tetanie bei Hunden.* (Journ. exper. med., XIX, S. 89.)

In 5 bis 6% aller Fälle findet sich akzessorisches Nebenschilddrüsengewebe bei Hunden, das nicht in Verbindung mit den Lappen der Schilddrüse steht. Der anatomische Beweis läßt sich nur schwer erbringen, weil dazu die ganze Hals- und obere Brustgegend in Serienschnitte zerlegt werden müßte. Leichter erkennbar ist die Gegenwart akzessorischer Nebenschilddrüsen durch Verabreichung von Kalksalzen, die das Tier nur dann am Leben erhalten, wenn noch funktionsfähiges Nebenschilddrüsengewebe übrig ist. Schwangerschafts- und Laktationstetanie haben beim Hunde alle wesentlichen Züge mit der Nebenschilddrüsentetanie gemein. Die Schilddrüsen und die Epithelkörperchen sind Organe, die in anatomischer wie physiologischer und pathologischer Hinsicht voneinander zu trennen sind. Die Entfernung der Nebenschilddrüsen löst sofort eine Herabsetzung der alimentären Zuckertoleranz aus, ohne daß es zu Glykosurie zu kommen braucht. Fütterung von Nebenschilddrüsen ändert nichts an der Erkrankung, die durch ihre Exstirpation ausgelöst wird. Kalksalze haben palliative, keine kurative Wirkung; manches spricht dafür, daß sie die Nebenschilddrüsen direkt beeinflussen.

H. Vogt.

W. G. Mac Callum und **Karl M. Vogel.** *Weitere experimentelle Untersuchungen über Tetanie.* (Journ. exper. med., XVIII, S. 618 bis 650.)

Bei Durchblutung eines normalen Beines mit dem Blute eines tetaniekranken Tieres tritt charakteristische Übererregbarkeit auf. Der Zusatz von Extrakt aus Nebenschilddrüsen hat dann geringen oder keinen Einfluß auf die gesteigerte Erregbarkeit. Beim tetaniekranken Tiere vermag die Injektion des Extraktes der Nebenschilddrüsen ebensowenig die gesteigerte Erregbarkeit der Nerven herabzudrücken, dagegen wird die Tetanie sehr günstig beeinflußt oder aufgehoben. Die Wirkung des Extraktes gleicht also der des Äthers oder eines entsprechenden Narkotikums. Die Tetanie kann auch dadurch zum Erlöschen gebracht werden, daß man das Tier entblutet und das Blut durch eine indifferente kalkfreie Lösung ersetzt. Bei langsamer und wiederholter Injektion oxalsaurer Salze kommt es zu ausgesprochener Übererregbarkeit der Nerven. Das Blut der tetaniekranken Tiere zeigt deutlich herabgesetzten Kalkgehalt. Bei unvollständiger Entfernung der Nebenschilddrüsen, die nicht zu Tetanie führt, ist der Kalkgehalt des Blutes normal. Die Behandlung mit

Nebenschilddrüsen ist ohne Einfluß auf den Kalkgehalt des Blutes. Die Ansicht, daß die Tetanie in enger Beziehung zu einer Störung des Kalkstoffwechsels steht, hat einstweilen noch die beste Begründung für sich. H. Vogt.

Charles M'Neil. *Über akut tödlich verlaufende Erkrankung von Säuglingen und älteren Kindern mit abnormer Konstitution (Status lymphaticus).* (Edinb. med. Journ., XII, S. 25—42.)

Verf. berichtet über den Obduktionsbefund von 13 Kindern im Alter von 25 Tagen bis 4 Monaten, die wohlgenährt und kräftig entwickelt waren und ohne vorhergehende Erkrankung plötzlich starben. 11 davon wurden tot im Bette gefunden, eines starb unter einem Hustenanfall und eines, nachdem es 2 Stunden lang an geringer Zyanose und Dyspnöe gelitten hatte. In 2 Fällen waren vorübergehend Erscheinungen von Laryngospasmus geringen Grades (geräuschvolle Atmung) vorausgegangen. In 4 Fällen, wo der Thymus gewogen wurde, lag das Gewicht über dem Durchschnitt. Bei den übrigen 4 Fällen war die Größe des Organs meist als übermäßig bezeichnet. Dagegen fand sich Hyperplasie des lymphatischen Gewebes im Darme nur in der Minorität der Fälle. Die Lungen waren meist hyperämisch, mit kleinen subpleuralen Blutungen. In 8 Fällen, die mikroskopisch untersucht wurden, fanden sich ausgesprochen bronchitische und bronchopneumonische Veränderungen. Ebenso hat Paltauf in 127 Fällen von plötzlichem Tode bei jungen Kindern regelmäßig Kapillarbronchitis gefunden. Ganz entsprechende Beobachtungen von plötzlichen Todesfällen an Bronchopneumonie bei Thymushyperplasie wurden vom Verf. und Mac Gowan an einer Anzahl Knaben im Alter von 10 bis 16 Jahren gemacht. So erscheint es berechtigt, den bösartigen Verlauf der Infektion auf den Status lymphaticus zurückzuführen. In sämtlichen (18) Fällen, wo darauf geachtet wurde, bestand ausgeprägte Hyperplasie der Schilddrüse, die anscheinend schon längere Zeit vor dem Tode bestanden hatte. Ihr regelmäßiges Vorkommen bei diesen Fällen scheint ihr die Bedeutung eines Symptoms der exsudativen Diathese zu verleihen.

H. Vogt.

Seymour Barling. *Henochs purpura with intussusception: laparotomy; recovery.* (Brit. med. Journ., 29. März 1913.)

Ein Knabe von 4 Jahren, der schon seit einem Jahre an „Magenschmerzen und häufigen Attacken von Unwohlsein" litt, bekam zur Zeit einer solchen Attacke einen Ausschlag an den Beinen, der hämorrhagisch wurde; etwas Blut im Stuhle. Nach vorübergehender Besserung wieder ein schwerer Anfall, diesmal mit reichlichen Darmblutungen. 24 Stunden später fand sich ein Tumor im Epigastrium, der sich bei der sofort vorgenommenen Operation als Intussuszeption herausstellte. Ein großes Stück Darm mußte reseziert werden. Heilung. Da heftige Schmerzattacken bei Henochs purpura auch ohne Intussuszeption vorkommen, so macht die Diagnose häufig

Schwierigkeiten. Genaue Palpation, eventuell in Narkose, Untersuchung des Urins, genaue Inspektion der Haut,sind wichtig.

Eckhardt.

R. Lederer. *Zur Frage der Purpura abdominalis (Henoch).* (A. d. Kaiser-Franz-Josefs-Spital zu Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VI, S. 227.)

Es werden 2 Fälle von genannter Erkrankung mitgeteilt. Der eine betraf einen 12jährigen Knaben, der mit rheumatischen Erscheinungen an den Gelenken, Hautblutungen und Erscheinungen im Magendarmtraktus: Koliken mit Erbrechen, Tenesmus, zahlreichen blutigen Stuhlentleerungen erkrankte. Die Erkrankung trat schubweise auf. Einmal kam es dabei zur Invagination, die spontan heilte, indem sich das invaginierte Stück nekrotisch abstieß. Im 2. Falle handelte es sich um ein 9jähriges Mädchen, das mit 4mal rezidivierenden Hautblutungen, mit hämorrhagischer Nephritis und Darmblutungen erkrankte. Auf Grund dieser 2 Fälle nimmt der Verf. auch Stellung zu den Theorien über das Wesen der Henochschen Purpura. Er bekennt sich zu jener, die die Purpura als eine Form der hämorrhagischen Diathese ansieht, welche bei entsprechend disponierten Individuen bald das eine, bald das andere Symptom stärker hervortreten läßt, und die Intussuszeption als eine sekundäre Erscheinung auffaßt. Birk (Kiel).

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.

Claude B. Ker. *Über die Dauer der Isolierung und der Quarantäne bei den häufiger vorkommenden Infektionskrankheiten.* (Edinb. med. Journ., XII, S. 6—25.)

Verf. ist nach langjährigen Beobachtungen zu der Ansicht gekommen, daß die in seiner Heimat und auch anderwärts geltenden Anschauungen über die Dauer der Übertragbarkeit ansteckender Krankheiten nicht durchwegs zutreffend sind. Bei Scharlachfieber wird allgemein 6wöchentliche Isolierung verlangt, anscheinend weil dann die Schuppung meist abgelaufen ist. Die Schuppen sind aber nicht als infektiös zu betrachten, da Übertragungen sowohl vor ihrem Auftreten wie nach ihrem Verschwinden ganz gewöhnlich vorkommen und die Hauterscheinungen beim Scharlach als eine Toxinwirkung anzusehen sind. Übertragungen von Scharlach trotz langdauernder (in einem Falle des Verf. 20wöchentlicher) Isolierung kommen vorzugsweise in solchen Fällen vor, die nach Ablauf des akuten Stadiums der Erkrankung lange mit Komplikationen von seiten der Ohren, der Nase usw. zu tun haben. Dagegen können „reine" Fälle, mit normalen Schleimhäuten, schon nach 3 Wochen als unverdächtig

angesehen werden. Nach Berührung mit Scharlachkranken ist eine Quarantänezeit von 6 Tagen als ausreichend anzusehen, da Verf. nie eine längere Inkubationszeit beobachtet hat. Die Isolierung bei Diphtherie kann aufgehoben werden, sobald die bakteriologische Untersuchung 2mal negativ ausgefallen ist. Masern sind nach Verschwinden des Ausschlages als nicht mehr infektiös zu betrachten, wahrscheinlich erlischt die Übertragbarkeit schon mit dem Verschwinden der katarrhalischen Erscheinungen, also vor dem Abklingen des Exanthems. Es ist möglich, daß Fälle, bei denen Bindehautkatarrhe oder Lungenerscheinungen das Exanthem überdauern, länger ansteckend bleiben können. Als Quarantänezeit genügen 15 Tage — nur einmal hat Verf. in 17jähriger Beobachtungszeit eine Inkubationszeit von 17 Tagen erlebt. Für Röteln dürfte eine 8tägige Isolierung durchaus zureichend sein. Keuchhusten ist sehr ansteckend im katarrhalischen Prodromalstadium, dagegen scheint die Übertragbarkeit stets zu erlöschen mit der völligen Ausbildung der Anfälle. Bei Varizellen hält Verf. die Möglichkeit der Übertragung gegeben, solange noch Borken vorhanden sind, die zur primären Eruption gehören. Zur Quarantäne sind 21 Tage ausreichend, wobei eine Übertragung in den ersten 10 Tagen nach erfolgtem Kontakt nicht zu befürchten ist. Bei Mumps hat Verf. nie eine Übertragung erlebt, wenn eine Woche nach Verschwinden der Drüsenschwellung abgelaufen war. H. Vogt.

Mixsell. *The intravenous administration of diphtheria antitoxin.* (Intravenöse Anwendung des Diphtheriaheilserums.) (California State Journ. of Med., August 1913.)

Verf. meint, daß die Vorteile gegenüber der subkutanen Anwendung gering seien; sie wäre eventuell bei den schwersten Fällen verwertbar. Wachenheim (New York).

Schrammen. *Über Diphtheriebazillenträger in einem Kölner Schulbezirk.* (Zentralbl. f. Bakt. u. Parasitenk., 1913, Bd. LXVII, S. 423.)

Unter zirka 700 Kindern einer Volksschule wurden 59 Bazillenträger ermittelt. In der ganzen Zeit ist nicht ein einziger Diphtheriefall vorgekommen, auch keine Übertragung an Geschwister, so daß die Gefährlichkeit dieser Individuen doch wohl überschätzt wird und sich die geforderten strengen Maßnahmen als überflüssig und undurchführbar erweisen. Lehndorff (Wien).

Albert. *The treatment of diphtheria carriers.* (Behandlung der Diphtheriebazillenträger.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 27. September 1913.)

Gründliche Behandlung mit 5 bis 10%iger Argent.-nitricum-Lösung neben Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd scheint die Bazillen am sichersten abzutöten. Das Auftreten von Bazillen im Harne von Rekonvaleszenten ist zu würdigen.

Wachenheim (New York).

Kleinschmidt und **Viereck** (Marburg). *Vierte Mitteilung über Behrings Diphtherievakzin.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, 41, S. 1977—1980.)

Bericht über weitere Versuche in der Marburger Klinik, die die Unschädlichkeit und immunisatorische Wirksamkeit des Vakzins weiterhin beweisen. In vergleichenden Versuchen wird die intrakutane Applikation der subkutanen als mindestens gleichwertig erwiesen, besonders für die erste „probatorische" Injektion zur Ermittlung der individuellen Empfänglichkeit. 4 Grade der Vakzinwirkung werden unterschieden. Da im allgemeinen ein Gehalt von $1^1/_{20}$ A. E. in 1 cm^3 Blut ausreichenden Schutz vor Infektion gewährt, so genügt zweimalige Vakzininjektion für die Mehrzahl aller behandelten Fälle. Nagel-Hoffmann.

Brückner (Dresden). *Zur Frage der fortgesetzten Intubation bei der Behandlung der diphtherischen Kehlkopfstenose.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VI, S. 500.) (Heubner-Festschrift.)

Die Frage, deren Faden der Verf. hier weiterspinnt: ob man bei drohendem oder eingetretenem Decubitus tracheotomieren oder fortgesetzt intubieren soll, wird wohl nie endgültig entschieden werden. Nachdem er jahrelang die fortgesetzte Intubation geübt hat, gedenkt er, sich in Zukunft wieder der frühzeitigen sekundären Tracheotomie zuzuwenden, wenn die Extubation erschwert ist — ohne aber natürlich auf das Intubationsverfahren ganz zu verzichten. „Wenn uns auch", so schreibt er, „die fortgesetzte Intubation in einer ganzen Reihe von Fällen zum Ziele führte, so wiegt dies nicht im entferntesten die unsägliche Mühe und Sorge, die Unannehmlichkeiten und erheblichen Kosten auf, welche uns durch die Narbenstrikturen verursacht wurden." Birk (Kiel).

W. Ehrhardt. *Ein Beitrag zur Behandlung der Diphtherie mit großen Serumdosen.* (A. d. med. Klinik in Kiel.) (Inaug.-Dissert., Kiel, 1912.)

In ein und derselben Epidemie sind unter der Anwendung größerer Serumdosen die Resultate im ganzen besser geworden. Fälle von septischer Diphtherie waren allerdings durch große Serumdosen auch nicht zu retten. Birk (Kiel).

O. Lorange. *Scarlatina sine exanthemate et sine desquamatione.* (Norsk Magazin f. Laegevidensk, Jahrg. 74, 1913, S. 1076.)

Mitteilung einiger charakteristischer Krankengeschichten unter Betonung der wahrscheinlich sehr großen Rolle, die solche atypischen Fälle in der Epidemiologie der Skarlatina spielen.

Wernstedt (Stockholm-Malmö).

A. Skorodumoff. *Zur Frage über die Nukleinsäure-Behandlung beim Scharlach.* (Wratsch. Gaz., 1913, Nr. 6/7.)

Der Autor hat Beobachtungen über den Verlauf von Scharlach und über die Änderung der Leukozytenformel bei dieser Krankheit

unter dem Einflusse von Nukleinsäureeinspritzungen angestellt. Er hat 20 Fälle bei Kindern beobachtet. In 9 von diesen Fällen kam das Einspritzen des Präparates Sol. nucleinici 5% (der Firma Parke und Dawis), im Laufe der Fieberperiode, im Quantum von 0·3 bis 0·8 cm^3 — je nach dem Alter des Patienten — zur Verwendung, wogegen in den übrigen Fällen dasselbe Präparat zu je 10 Tropfen, 3 mal täglich bis zum 21. Tage (einschließlich der Krankheit) gebraucht wurde. Auf Grund der besagten Beobachtungen zieht der Autor die folgenden Schlüsse:

1. Das Einführen von Sol. nuclein. in den Organismus eines Scharlachkranken hat nicht nur keinen den Scharlachprozeß unterbrechenden Effekt (Arbeit von Moliakoff), sondern scheint den Verlauf der Krankheit überhaupt in keiner Weise zu beeinflussen.

2. Sofort nach dem Einspritzen von Nukleinsäure ist eine mit der Hyperleukozytose auf Kosten der Nukleiden und Übergangsformen abwechselnde Hypoleukozytose zu konstatieren.

3. Der allgemeine Charakter der dem Scharlach eigenen Leukozytenreaktion bleibt nach dem Einführen von Nukleinsäurepräparaten in den Organismus im großen ganzen unverändert.

4. Die Einspritzungen von Nukleinsäure haben zur Folge: Empfindlichkeit, lokale Hyperämie und zuweilen ein Filtrat an der Stelle, wo Sol. nucleinici eingespritzt wurde. In dem letzteren Falle war ein Steigen der Temperatur um 0·5 bis 2° zu konstatieren.

Sedunow (St. Petersburg).

M. A. Dychno. *Zur Frage über Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach.* (Wratsch. Gaz., 1913, Nr. 6.)

Verf. untersuchte 42 Scharlachfälle, darunter 28 mit akuten Anfangssymptomen und die übrigen — mit verschiedener Art Komplikationen — nach abgelaufenem Scharlach. In allen Fällen von akut verlaufendem Scharlach konstatierte der Autor solche Gebilde. In den Fällen der zweiten Kategorie nicht immer, wobei deren Anzahl während der ersten Tage sowie in Fällen mit recht schwerem Verlaufe am größten war. Leukozyteneinschlüsse wurden in einzelnen Fällen auch bei Erysipel, Osteomyelitis und Peritonitis beobachtet, was gegen deren spezifischen Charakter spricht.

Sedunow (St. Petersburg).

Maria Wegmann. *Zur Kenntnis der Heimkehrfälle bei Scharlach.* (J. A., Zürich, 1912.)

An den Heimkehrfällen bei Scharlach sind nach Wegmanns Untersuchungen Kinder mit exsudativer Diathese in einem großen Prozentsatz beteiligt. Die Übertragung geschieht hauptsächlich durch Rachen- und Ohrenaffektionen. Durch vegetabilische Ernährung schien die Zahl der Returncases abzunehmen.

Thorspecken (Bremen).

George Richardson. *Verwertung des Rumpel-Leedeschen Phänomens zur Scharlachdiagnose.* (Edinb. med. Journ., XI, S. 496—500.)

Die Prüfung von 210 Fällen von sicherem Scharlach ergab regelmäßig das Auftreten von Hautblutungen nach Kompression des Oberarmes. Das Symptom war stets bis zum 13. Krankheitstage zu beobachten, durchschnittlich während der ersten 4 Wochen. Bei Kindern unter 2 Jahren waren die Resultate nicht ganz eindeutig, zumal bei reichlich entwickeltem Fettpolster. Bei Masern treten auch Hautblutungen nach Kompression auf, die aber im Gegensatze zum Scharlach meist in Gruppen von 6 bis 8 um die Flecken des Exanthems angeordnet sind. Auch bei Röteln sowie bei Arznei- und Serumexanthemen war das Phänomen vorhanden. Bei der Prüfung von Fällen mit zunächst unsicherer Diagnose ergab sich, daß 17, bei denen die Prüfung negativ ausfiel, später nicht schuppten; 25 Fälle mit positivem Resultate wiesen später typische Schuppung auf und 6 Fälle mit Blutungen, die anscheinend Erytheme hatten, schuppten später nicht. Die Prüfung auf das Rumpel-Leedesche Phänomen erwies sich auch als wertvoll zur Erkennung von Scharlach bei diphtheriekranken oder diphtherieverdächtigen Kindern. H. Vogt.

Claude B. Ker. *Eine Bemerkung über Scharlachfieber im Greisenalter.* (Edinb. med. Journ., XI, S. 492—496.)

Im Greisenalter ist Scharlachfieber sehr selten. Unter 20.000 Fällen von Scharlachfieber, die der Verf. selbst beobachtet hat, war ihm bisher kein Kranker von mehr als 70 Jahren begegnet. Er beschreibt den Krankheitsverlauf bei einem 74jährigen Manne, wonach an der Richtigkeit der Diagnose wohl nicht gezweifelt werden kann. Besonders charakteristisch war das Exanthem, das Verhalten der Zunge, die Komplikationen in Gestalt von Otitis und Arthritis der Handgelenke und die Schuppung der Haut. Aus einer Statistik, die sich auf 263.986 Fälle aus neuerer Zeit erstreckt, ergab sich, daß nur 20 Fälle auf Kranke nach dem 60. Lebensjahre entfielen und nur 2 von diesen waren mehr als 70 Jahre alt. H. Vogt.

Trumpy. *Iakttagelser under on messlingeepidemie.* (Beobachtungen über eine Morbillenepidemie.) (Tidskr. f. d. norske Laegeforening. Jahrg. 33, 1913, S. 537.)

Unter der Hausepidemie wurde auch ein Knabe, der auf einer andern Abteilung lag, wo alle anderen Patienten früher Morbillen durchgemacht hatten, angesteckt. Er hatte keine Berührung weder mit den Masernkranken noch mit den Pflegerinnen gehabt. Nur die Nachtwärterin war für die beiden Abteilungen gemeinsam. Durch sie hatte wahrscheinlich die Übertragung stattgefunden. Bei 5 Kranken von 12 trat am 3. bis 6. Tage des katarrhalischen Stadiums ein papulöses Exanthem über das Abdomen, den Rücken und die Oberschenkel auf. 1 bis 3 Tage später trat das typische Masernexanthem auf. Sämtliche Kinder litten an Skrofulotuberkulose. Pirquet wurde in 9 Fällen während des Akmestadiums der Krankheit ausgeführt. Bei

4 trat am 5., bei 2 am 7. Tage positive Reaktion auf. Diazoreaktion in keinem Falle positiv vor dem Ausbruch des Exanthems.

Wernstedt (Stockholm-Malmö).

Frh. v. Pirquet. *Das Bild der Masern auf der äußeren Haut.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VI, S. 1.)

Mit Hilfe einer originellen Methode der Aufzeichnung legte der Verf. bei einer Reihe von Masernfällen das Fortschreiten des Exanthems und die Intensität seines Auftretens graphisch fest und gewann so die Unterlagen für das Studium der Morphologie der Masern. Wenn auch im Rahmen des großen Krankheitsbildes der Masern der Wert seiner Ergebnisse vielleicht etwas zurücktreten wird, so hat er doch eine Menge so interessanter Einzelheiten feststellen können, daß es gerechtfertigt erscheint, etwas ausführlicher darüber zu berichten:

Das Masernexanthem, so konnte er feststellen, steigt vom Kopf auf den Stamm und auf die Extremitäten herab. In allen Fällen ist der Kopf mit am ersten betroffen, und zwar am häufigsten und stärksten die Gegend hinter und zwischen den Ohren. Es folgen in der Reihenfolge der Häufigkeit: die Mitte des oberen Rückenabschnittes, die Umgebung von Mund und Nase, die Wangen und die Gegend vor den Ohren, die Stirn, seltener Brust und Bauch.

Am 2. Tage ist Kopf und Rücken, letzterer bis zur Crista iliaca herab, mit einem dichten Exanthem überschüttet, auch das Gesicht ist ganz ergriffen. Nur die Wangen tragen häufig noch kein oder nur ein spärliches Exanthem. Ebenso ist auf der Brust, dem Bauch, den Schultern und der Innenseite der Oberarme erst ein spärlicher Ausschlag vorhanden. Anfänge derselben zeigen sich auf den unteren Extremitäten, an denen jedoch die hintere Fläche der Unterschenkel, die Füße und die Knie vorläufig noch ganz frei bleiben. Dasselbe gilt — an den oberen Extremitäten — für die Ellenbogen.

Am 3. Tage sind nur noch diese frei. Alles übrige ist mehr oder weniger stark befallen, auch die Füße zeigen Anfänge eines Exanthems. Am 4. und 5. Tage ist das Exanthem komplett. Wenn es in milderer Form auftritt, so pflegt es Ellenbogen und Füße völlig, Kinn, Nates und Hände teilweise zu verschonen. Zu seiner vollen Entwicklung an einer Körperstelle braucht das Masernexanthem 3 Tage. Nur die zuletzt auftretenden Verfärbungen entwickeln sich schneller. Die einzelnen Effloreszenzen beginnen als kleine follikuläre Erhebungen, die durch Konfluieren mit anderen und durch Aufschießen neuer wachsen. Allmählich schwindet ihre Hyperämie wieder und zurückbleibt eine geringe Pigmentierung.

Das Abblassen des Ausschlages beginnt am 2. Tage, und zwar an der Stirn und an der behaarten Kopfhaut. Am 3. Tage blassen das übrige Gesicht, der Stamm und die Schultern ab, am 4. Tage die Extremitäten, am 5. ist der Kopf ganz frei, nur an den Wangen besteht noch Rötung und Pigmentierung. Letztere findet sich auch noch am übrigen Körper.

Die Beeinflußbarkeit des Masernexanthems durch äußere Einflüsse ist sehr sinnfällig, im Sommer entwickelt sich der Ausschlag schneller als im Winter, bei jungen Kindern ist er öfter rudimentär als bei älteren. Chronisch-hyperämische Stellen, wie Tuberkulinreaktionen, Schnürfurchen von Strumpfbändern, Intertrigos befördern den Ausbruch des Exanthems. Auf dieselbe Weise kann auch durch vorausgegangene ausgedehntere Hauterkrankungen, z. B. eine Urtikaria oder ein Erythema multiforme eine völlige Umkehr des Masernbildes herbeigeführt werden. Anämische Partien der Haut dagegen, wie z. B. Impfnarben, pflegen exanthemärmer zu bleiben, ihre Umgebung hingegen bietet dem Exanthem einen besonders günstigen Boden.

Dieser charakteristische Ablauf des Masernexanthems besitzt eine gewisse differentialdiagnostische Bedeutung bei der Abgrenzung unklarer Exantheme: eine volle Entwicklung des Ausschlages innerhalb eines einzigen Tages spricht gegen Masern.

Des weiteren dienen dem Verf. diese Studien dazu, neue Beweise für die von ihm aufgestellte Hypothese über die Entstehung der akuten Exantheme zu liefern, daß nämlich die letzteren zustande kämen durch Agglutination der Krankheitserreger in den Hautkapillaren.

Man könnte zwar versucht sein, das Vordringen des Masernexanthems mit der Nervenversorgung in Zusammenhang zu bringen, indessen trifft das, wie Verf. zeigt, nicht zu. Die sensiblen Nerven zeigen eine wesentlich andere Verteilung als das Exanthem. Ein Herabsteigen des Exanthems entsprechend den Headschen Zonen würde eine ganz andere Gesetzmäßigkeit zur Folge haben. Dagegen ergibt sich bei der Vergleichung mit den Hautarterien eine gewisse Übereinstimmung: Je näher die betreffende Stelle auf dem arteriellen Wege vom Herzen erreichbar ist, je näher sie den großen Gefäßen liegt und je lebhafter die Blutzirkulation in ihr ist, desto früher tritt in ihr das Exanthem auf. Die erhöhte Blutversorgung der Schleimhäute bedingt, daß auf ihnen sich das Exanthem noch früher zeigt als auf der äußeren Haut. Wo die Blutversorgung aber schlecht ist, wie z. B. am Knie und Ellenbogen, da tritt der Ausschlag spät oder gar nicht auf. So formuliert denn schließlich der Autor seine Anschauungen zu folgender Hypothese über das Wesen des Masernexanthems.

„Auf Grund von beobachteten Tatsachen, von Vergleichen mit den Erfahrungen bei Variola und Vakzine wird die Hypothese aufgestellt, daß das Exanthem aus apotoktischen Reaktionen auf Masernerreger besteht, die sich in den Hautkapillaren festgesetzt haben.

Als Ursache der Fixation wird (rein hypothetisch) eine Agglutination angenommen, welche die Masernerreger erfahren, wenn sie die Kapillaren eines mit Antikörper gesättigten Hautbezirkes passieren.

Die Sättigung der äußeren Haut durch Antikörper sei somit die Veranlassungsursache und Vorbedingung zum Entstehen des Exanthems.

Diese Sättigung erfolge nach Art der Abgabe des Sauerstoffes aus dem arteriellen Blute. Auf diese Weise wird das Absteigen des Exanthems erklärt: Zuerst werden jene Bezirke gesättigt, welche eine sehr intensive Zirkulation haben (Schleimhäute) oder dem Herzen und den großen Gefäßen nahe gelegen sind. Erst wenn diese abgesättigt sind, erhalten auch die übrigen Bezirke sukzessive genügend Antikörper, um eine Agglutination des Masernerregers zu bewirken.

Durch die Agglutination wird der Masernerreger allmählich aus dem Kreislauf ausgesiebt; die Agglutination trifft bei den später gesättigten Hautbezirken (Enden der Extremitäten) nur mehr weniges Material; das Exanthem erscheint daher dort spärlich und flüchtig. Das häufige Freibleiben der Ellenbogen, Füße und Nates wird dadurch erklärt, daß zu jener Zeit, wo die am schlechtesten arterialisierten Hautpartien zur Sättigung gelangen, keine Masernerreger mehr im Blute vorhanden sind." Birk (Kiel).

Epstein (Prag). *Über Variola bei Neugeborenen.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, S. 289.)

Die Erkrankung des Kindes, dessen genaue Krankengeschichte wegen der Spärlichkeit solcher Beobachtungen von Interesse ist, war intrauterin, wohl auf plazentarem Wege, erfolgt. Dieser Übertragungsmodus kommt, wie aus Epsteins Zusammenstellung hervorgeht, zweifellos vor. Bei den Neugeborenen, bei denen die Eruption erst nach dem 7. Tage auftritt, ist eine Kontaktinfektion nicht auszuschließen. Die weiteren Ausführungen Epsteins beziehen sich auf prophylaktische Maßnahmen. Er ließ das Kind von einer Amme, die früher selbst Blattern durchgemacht hatte, stillen.

Thorspecken.

E. Paschen (Hamburg). *Zur Ätiologie der Variola und Vakzine.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 44, S. 2132.)

Verf. beschreibt die von ihm entdeckten, später von v. Prowazek und Aragoa beschriebenen, schwer färbbaren, meist intrazellulär gelegenen winzigen kokkenähnlichen Gebilde, die zahlreiche Teilungsfiguren aufweisen, sehr widerstandsfähig sind und durch Immunserum agglutiniert werden als Erreger der Pocken und der Vakzine. Nagel-Hoffmann.

Karl A. Kling. *Über Schutzimpfung gegen Varizellen.* Vorläufige Mitteilung. (Vortr. in d. Sitzung d. Berliner med. Gesellschaft am 22. Oktober 1913.) (Berliner klin. Wochenschr., 1913, L, S. 2083.)

Eine Varizellenepidemie, welche Mitte August 1913 im Allgemeinen Kinderhause in Stockholm ausbrach (44 Fälle), bot Gelegenheit, die Möglichkeit eines Überimpfens von Windpocken auf gesunde Säuglinge zu prüfen. Die Impfung schlug nur ausnahmsweise fehl und gelang in 58 Fällen. Am 8. Tage zeigen sich an der Stelle der Inokulation eine oder gewöhnlich mehrere rote Papeln, die sich am Tage darauf in typische Windpockenbläschen umwandeln. Die

Entwicklungsweise der inokulierten Varizellen stimmt mit der natürlichen sukzessiven Varizelleneruption überein. Die Inokulationseffloreszenzen lassen sich von Individuum auf Individuum überimpfen. Verf. hat es bereits bis in die sechste Generation durchgeführt. In den meisten Fällen verläuft der Prozeß ohne allgemeine Symptome; die Krankheit bleibt auf die Impfstelle beschränkt. Nur bei 6 von den 58 mit Erfolg Geimpften zeigten sich nach dem Auftreten der Impfvarizellen auch sonst einige wenige rote Papeln oder Quaddeln und nur in einem einzigen Falle ist eine etwas kräftigere Generalisierung eingetreten. Soweit die bisherige Erfahrung des Verf. geht, glaubt er sich zu der Annahme berechtigt, daß die geimpften Kinder refraktär gegen die Varizellenansteckung sind. Übrigens wird besonders hervorgehoben, daß ein großer Teil der Säuglinge, bei denen die Varizellenimpfung gewirkt hat, vorher mit Erfolg mit Kuhpockenlymphe geimpft war. Daraus wird der Schluß gezogen, daß das Varizellen- und Vakzinevirus verschiedener Natur sind.

Keller (Berlin).

J. I. Bukowskaja. *Mandelbaums Reaktion beim Typhus abdomin. im Kindesalter.* (Wratschebnaja Gaz., 1913, Nr. 11.)

Frau Bukowskaja zitiert in ihrer Arbeit in kurzen Worten die Technik der vorerwähnten Reaktion und analysiert deren Vorzüge und Mängel. Es werden zitiert: die Tabelle von 12 Fällen der Frau Bukowskaja und die Vergleichstabelle (12 Fälle) der Reaktion nach Mandelbaum und nach Vidal.

Der Autor zieht folgende Schlüsse:

1. Die Reaktion Mandelbaums ist zweifellos spezifisch.
2. Der diagnostische Wert der Reaktion Vidals wird durch die Häufigkeit von Abweichungsformen bei typhuskranken Kindern herabgesetzt, z. B. eine „undeutliche" Reaktion.
3. Die Methode Mandelbaums ist einfacher als diejenige Vidals.
4. Es ist schwer, ein frühzeitiges Diagnostizieren des Erkrankens an Typhus vermittels der Reaktion Mandelbaums zu konstatieren, da die ersten Tage einer Erkrankung in den meisten Fällen der Beobachtung entgehen.

Ewdokimoff (St. Petersburg).

Bauer, Ellenbeck und **Fromme** (Düsseldorf). *Über Y-Ruhr bei Säuglingen und kleinen Kindern.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX u. LXI, S. 35.)

Auf der Kinderstation des evangelischen Zufluchts- und Versorgungshauses kam es zu einer Endemie von Y-Ruhr. 26 Kinder waren infiziert, außerdem 57 Erwachsene. Einige hatten lediglich eine positive Serumreaktion als Ausdruck stattgehabter Infektion. Brustkinder erkrankten nicht, obgleich sie der Infektionsgefahr ebenso ausgesetzt waren wie die anderen; nur eins reagierte positiv. Zwiemilchkinder erkrankten auch nur leicht, vorwiegend befallen waren nur die künstlich Ernährten. In 9 von 29 der letzteren fanden sich Y-Bazillen im Stuhl.

In leichteren Fällen erbrachen die Kinder bei gutem Stuhlgang oder es traten mäßig häufige gehackte oder schleimige Stühle auf. Bei schwererer Erkrankung wurden dieselben schleimig-eitrig und blutig oder bestanden eventuell nur aus solchen Entleerungen. Dabei stärkere Unruhe, Blässe, mitunter Auftreten von miliaren oder größeren Knötchen im Gesicht, an Armen und Abdomen, Ödeme mit Gewichtsanstieg und folgendem Abfall. Fieber fehlte oft oder war nur von kürzerer Dauer. Auffallend war ein schnelles Wundwerden der Kinder. Die Dauer der Erkrankung belief sich auf 1 bis 2 Wochen. Mehrfach traten nach 2 bis 4 Wochen Rezidive auf. Komplikationen wurden nicht beobachtet, die Erholung erfolgte rasch. Wo eine Änderung der Ernährung notwendig wurde, zeigte die Eiweißmilch bessere Erfolge als Mehlnahrung. Auch ältere Kinder besserten sich schnell bei eiweißreicher Diät.

Bei Kindern unter $^1/_2$ Jahre fiel die Agglutination mit dem Blutserum negativ aus. Bei älteren Kindern ist der positive Ausfall beweisend für eine bestehende oder vorausgegangene Infektion. Der Titer für verschiedene Stämme der Y-Ruhr differierte erheblich. Flexnerbazillen wurden mehrmals mitagglutiniert, Shiga-Kruse-Bazillen niemals.

Die Infektiosität ist nach den Erfahrungen dieser Endemie recht groß und es sind deshalb strenge Absperrungsmaßregeln notwendig.

Thorspecken.

Siegel (Berlin). *Über Y-Ruhr bei Säuglingen.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, S. 689.)

Unter einer größeren Reihe bakteriologisch untersuchter Stuhlproben von magendarmkranken Säuglingen wurden in 8 Fällen Y-Ruhrbazillen nachgewiesen. Um eine Endemie, wie in vorstehend referierter Arbeit, handelte es sich nicht, sondern um Einzelerkrankungen von Kindern verschiedener Herkunft. Auch wurde keine weitere Ausbreitung im Krankenhause festgestellt. Es handelte sich nur um künstlich genährte Kinder. Der klinische Verlauf der Erkrankung läßt sich mit dem in vorstehender Arbeit beschriebenen gar nicht vergleichen, es handelte sich um ganz andere, viel schwerere Krankheitsbilder: meist hohes remittierendes Fieber, öfters Beteiligung des Sensoriums (Krämpfe), fast stets Beteiligung der Nieren, starker Tenesmus. 4 Fälle verliefen letal. Da es sich teilweise um untergewichtige und augenscheinlich schon länger ernährungsgestörte Kinder handelte, ist es schwer einzuschätzen, welche Bedeutung dem Y-Bazillus im Einzelfalle zukam, ganz abgesehen davon, daß die Berechtigung einer bakteriologisch-ätiologischen Betrachtungsweise noch recht zweifelhaft ist. Thorspecken.

Sir John Byers and **Thomas Houston.** *Tetragenus septicaemia.* (Lancet, 21. VI. 1913.)

Ein Mädchen von 10 Jahren hatte in den letzten 6 Jahren häufig schwere Attacken von Katarrh der oberen Luftwege, meist

mit anschließender Mittelohrerkrankung und Bronchopneumonie. Bakteriologisch fand sich Micrococcus catarrhalis, Pneumococcus und Streptococcus; Vakzine ohne Effekt. Derselbe bakteriologische Befund wurde auch bei der letzten Erkrankung erhoben, die am 21. Dezember 1912 begann; auch diesmal Mißerfolg der Vakzinetherapie. Am 16. Jänner 1913 aber fand sich im Rachen- und Nasenschleim, im Mittelohreiter, im Urin und auch im Blute Microc. tetragenus; am 24. Februar fand sich ferner ein Pseudodiphtheriebazillus im Ohreiter. — Vakzine dieser beiden Mikroorganismen brachten rasche Heilung. — Kein Tuberkuloseverdacht.

Eckhardt.

Schippers und **de Lange**. *Das Vorkommen der Heine-Medinschen Krankheit in den Niederlanden während 1912.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1913, II, S. 57.)

Aus einer diesbezüglichen Sammelforschung, bei welcher von 362 Ärzten 89mal die gestellten Fragen beantwortet wurden, hatte sich ergeben, daß im ganzen 163 Fälle konstatiert wurden, welche Zahl wahrscheinlich nicht unerheblich bedeutender wäre, wenn auch alle Abortivfälle mitgeteilt worden wären.

Die Epidemie hatte sich in Amsterdam (mit mehr als 33% aller Fälle), Zuid-Holland, Utrecht, Noord-Brabant und Zeeland lokalisiert. Die Gesamtmortalität, welche zwischen 1·6% (Amsterdam) und 5·9% schwankte, betrug im Mittel 4·3%, eine niedrige Zahl im Vergleiche mit der Mortalität in Schweden und Norwegen (10 bis 15%).

Bemerkenswert ist die Tatsache, daß die Epidemie ihren Höhepunkt in Amsterdam im Oktober, und im übrigen Teile des Landes im August erreichte, während bei der Sammelforschung in New York (1907) und im Schweden (1905) sich ergeben hatte, daß dort sowohl in den Städten als auf dem Lande der Höhepunkt auf genau dieselbe Zeit fiel.

Außerdem fand sich, daß die Schule für die Weiterverbreitung der Erkrankung keine merkbare Rolle gespielt hatte. In vielen Fällen konnte konstatiert werden, daß die Ansteckung nicht durch die Kranken, sondern durch Zwischenpersonen (Bazillenträger) stattgefunden hatte.

Was das Alter anbetrifft, fanden die Verff. auch hier, daß für die ersten 5 Lebensjahre eine besondere Empfänglichkeit angenommen werden muß, daß aber kein Alter vor der Ansteckung schützt (ein Kranker war 62 Jahre alt).

Die Prodromalerscheinungen waren sehr wechselnd, in den meisten Fällen Magendarmerscheinungen oder Angina. Die erste Lokalisation der Lähmungen war in ziemlich der Hälfte der Fälle in einer oder beiden unteren Extremitäten, in den übrigen Fällen war die erste Lokalisation in den oberen und den unteren Extremitäten, den oberen Extremitäten, den Rumpfmuskeln, den bulbären Nerven usw.

Graanboom.

Dujol. *La méningite cerebrospinale à pneumocoques du nouveau-né. A propos de deux cas observés.* (Meningitis cerebrospinalis durch Pneumokokken beim Neugeborenen. Über 2 Fälle.) (Pathol. infant., IX, 12.) Philipps (Antwerpen).

M. I. Jakowleff. *Vakzinetherapie beim Keuchhusten.* (Wratsch. Gaz., 1913, N. 11.)

Der Autor wendete die Vakzinetherapie beim Keuchhusten an und hält sie auf Grund seiner Fälle für spezifisch. Aus seinen Krankheitsgeschichten ist ersichtlich, daß am 8. Tage nach der Impfung der krankhafte Husten nachließ und nach 2 bis 3 Wochen vollkommen aufhörte. Das Revakzinieren beim Keuchhusten ist negativ. Demzufolge meint der Autor, daß man sich mit frühzeitigem Vakzinieren nicht beeilen soll, um ein zuverlässiges Mittel gegen den Keuchhusten vorrätig zu haben. In einigen Fällen wird die Schwierigkeit konstatiert, den Keuchhusten auf Grund des krampfhaften Hustens allein zu diagnostizieren.

Für die ansteckende Periode des Keuchhustens ist, nach Meinung des Autors, die ganze Zeit zu halten, solange im Sputum Bordet-Gengous Bazillen zu finden sind. Ewdokimoff (St. Petersburg).

D. Pacchioni, Caffarena, Consiglio und **Corradi.** *Ricerche sperimentali sulla pertosse.* (Experimentelle Untersuchungen über Keuchhusten.) Vorläufige Mitteilungen. (Il Policlinico S. P. Genuaio, 1914.)

Der Direktor der Kinderklinik in Genua berichtet über einige an seiner Klinik zum Zwecke der Erforschung der Pathogenese des Keuchhustens angestellte Untersuchungen. Er isolierte den Bazillus Bordets und Gengous aus dem Sputum eines an einer Anfangsform des Keuchhustens leidenden Säuglings und stellte damit an Meerschweinchen, Affen und zirka 40 Tage alten Hunden Versuche an; er erhielt den Tod der Meerschweinchen durch endoperitoneale Injizierung reichlicher Mengen von B.-G.-Bazillen. Dabei beobachtete er Bildung hämorrhagischer Exsudate und als bemerkenswerte Tatsache eine auffallende Kongestion der Nebennieren. Es gelang ihm nicht, bei Affen Keuchhusten hervorzurufen, dagegen an 2 Hunden von 4 (1 in der Trachea injiziert, der andere in der Nasenrachenhöhle mit B.-G.-Bazillen bespritzt), 9 Tage nach der Injektion auffällige Keuchhustenanfälle. Einer der Hunde hatte auch wiederholt Erbrechen. Die Keuchhustenform dauerte, wenn auch nicht sehr intensiv, nur wenige Tage. Bei der Autopsie der Tiere beobachtete Verf. starke Rötung des Kehlkopfes, Trachea kaum gerötet, die Lungen rot; als sehr interessante Tatsache konstatierte er Vergrößerung und Rötung der Bronchialdrüsen, die mikroskopisch eine starke Kongestion mit auffälligen hämorrhagischen Erscheinungen aufwiesen. Das Blut dieser 2 Hunde war steril; viele B.-G.sche Bazillen im Trachealschleim. Der Nachweis solcher Veränderungen in den Bronchialdrüsen bringt uns wieder der alten Theorie von Gueneau de Mussy näher.

Caffarena studierte das Verhalten der Antikörper des vom B.-G.schen Bazillus an Meerschweinchen erzeugten peritonealen Exsudates und konnte auf Grund der wenigen ausgeführten Versuche das Vorhandsein präzipitierender Antikörper und von Antikörpern mit Komplementablenkung feststellen.

Consiglio wollte sehen, ob bei experimenteller Injizierung von B.-G.-Bazillen eine Leukozytose mit dem Charakter vorwiegender Lymphozytose, wie beim Kinde, auftrete. Bei wiederholt angestellten Blutuntersuchungen konstatierte er eine wirkliche beschränkte Leukozytose und beobachtete oft einige Tage nach Injektion ein Vorwiegen der Lymphozyten.

Corradi hatte beobachtet, daß das bei Meerschweinchen durch B.-G.-Bazillen erzeugte peritoneale Exsudat in den weitaus meisten Fällen durchaus steril ist, und wollte daher das Verhalten der Leukozyten diesem Keime gegenüber tiefer erforschen. Zu seinen Untersuchungen über leukozytäre und phagozytäre Reaktion bediente er sich der Methode des Aurikulärbeutels Belfantis und konnte damit feststellen, daß Leukozytose und Phagozytose ziemlich langsam vor sich gehen im Vergleich zu anderen Keimen, z. B. zum Löfflerbazillus. Dotti (Florenz).

Porcelli (Livorno). *Eziologia della pertosse.* (Über die Ätiologie des Keuchhustens. Exper. Untersuchungen.) (Riv. di Clin. Ped., N. 7, 1913.)

Der Bordet-Gengousche Bazill des Keuchhustens findet sich im Sputum aller an Keuchhusten Leidenden wie im Blute; im Sputum anderer bronchialer Affektionen wurde er bisher noch nicht aufgefunden.

Die Periode der größten Aussonderung ist die des katarrhalischen und am Anfang des spasmodischen Stadiums; dann nimmt sie ab und verschwindet; Verf. ist es gelungen, ihn bis zum 42. Krankheitstage aufzufinden.

Er färbt sich mit der von Bordet und Gengou angegebenen Farbe gut.

Es ist Verf. nicht gelungen, die Krankheit experimentell zu erzeugen, trotzdem hält er das Kausalverhältnis zwischen Keim und Krankheit für erwiesen. Dotti (Florenz).

Roedelins (Hamburg). *Optikusatrophie nach Keuchhusten.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXII, S. 161.)

Im unmittelbaren Anschluß an einen Keuchhusten entwickelte sich bei einem 4jährigen Knaben eine Optikusatrophie. Die Sektion des später an einer Diphtherie verstorbenen Kindes konnte auch keine andere Ursache für die Atrophie aufdecken. Thorspecken.

Hegler. *Mumpsartige Erkrankungen der Zungenspeicheldrüse. (Sialoadenitis sublingualis acuta epidemica.)* (Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh., Bd. I, 1913, S. 229.)

Im Eppendorfer Krankenhause kamen 8 Fälle von Schwellungen der Regio mentalis und submentalis vor; es bestand Fieber, Speichel-

fluß und Allgemeinsymptome. Damals bestand keine Mumpsepidemie in Hamburg. Die Inkubation war viel kürzer als bei der Parotitis.

Lehndorff (Wien).

J. H. Barach. *Die Morphologie des Blutes bei epidemischer Parotitis.* (Arch. intern. med., XII, S. 741.)

Bei unkomplizierten Fällen zeigen die Leukozyten folgendes Verhalten. Sobald die Erkrankung in Erscheinung tritt, auch wenn die Parotitis noch nicht voll entwickelt ist, findet sich eine Leukopenie. Die Lymphozyten sind an Zahl etwas vermehrt, die polymorphkernigen gegen die Norm vermindert. Wenn die Parotitis auf der Höhe steht, geht sie einher mit ausgeprägter Leukopenie. Dabei sind die polynukleären Zellen absolut wie relativ vermindert, die mononukleären im Gegenteil prozentisch und absolut vermehrt. Auf der Höhe der Erkrankung treten die eosinophilen Zellen an Zahl zurück. H. Vogt.

L. Leidenius. *Ett fall af gonokockemie utan uppvisbar ingàngsport hos en nyfödd.* (Ein Fall von Gonokokkämie ohne nachweisbaren Eingang bei einem Neugeborenen.) (Finska Läkaresällsk. Handl., Bd. LV, 1913, S. 226.)

Bei einem Neugeborenen (Geburtsgewicht 2350 g) wurde am 10. Tage eine Rötung und schmerzhafte Anschwellung des rechten Kniegelenkes beobachtet. In wenigen Tagen traten ähnliche Anschwellungen auch am linken Kubital- und Kiefergelenk auf. Die Punktion ergab dünnflüssigen, Gonokokken enthaltenden Eiter. Während der etwa 6 Wochen langen Krankheit litt das Allgemeinbefinden nur wenig. Nach ungefähr 8 Wochen stellte sich die Funktionsfähigkeit allmählich wieder ein, war, als das Kind ein halbes Jahr alt geworden, beinahe normal. Die ganze Zeit keine Spur von Ophthalblennorrhöe. Proben aus dem Konjunktivalsack, Mund und Harnröhre ergaben ein negatives Resultat. Dagegen wurden 3 Tage nach der Entbindung Gonokokken in den Vaginallochien der Mutter gefunden. Wahrscheinlich wurde das Kind während der 12 Stunden dauernden Geburt, die mit Blasensprengung begann, infiziert oder auch war die Ansteckung eine intrauterine Plazentarinfektion. Weder im Blute der Mutter noch des Kindes konnten Gonokokken nachgewiesen werden. Kulturen wurden aber nicht angelegt.

Wernstedt (Stockholm-Malmö).

K. M. Duncan. *Preliminary report on an outbreak of febrile disease in an industrial school.* (Brit. med. Journ., 21. Juni 1913.)

In den Jahren 1910 und 1911 trat in der St. Thomas' Industrial School in Preston eine akute fieberhafte Krankheit epidemisch auf. Die Symptome bestanden in plötzlichem Beginn von Kopf- und Leibschmerzen, Erbrechen in verschieden hohem Grade, in manchen Fällen schwere Prostration, hohes Fieber, bei einigen Kindern Herpes labialis und in 5 Fällen Verdichtungen an der Lungenbasis. Drei

Knaben wurden früh tot im Bette gefunden, nachdem sie tags vorher noch nicht nachweisbar krank gewesen waren; 4 weitere starben in den ersten 24 Stunden. Einige Fälle wurden seziert, es fand sich vor allem Vergrößerung der lymphoiden Organe, besonders im Darme, auch Schilddrüse und Thymus waren vergrößert. Von 2 Fällen wurde ein bewegliches gramnegatives zur Coli-typhus-Gruppe gehöriges Stäbchen in Reinkultur gezüchtet und mit ziemlicher Sicherheit als Paratyphusbazillus identifiziert. Eckhardt.

J. Lewin (Berlin). *Über primäre eitrige Speicheldrüsenentzündung des frühen Säuglingsalters.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, S. 462.) Thorspecken.

N. K. Koll-Jakimowa, W. L. Jakimoff und **N. I. Schochor.** *Zur Technik der Analyse behufs Feststellung von Leishmaniosis.* (Wratsch. Gaz., 1913, Nr. 32.)

Über Leishmaniosis bei Kindern und Hunden im Laboratorium der Expedition für das Studium tropischer Krankheiten in Turkestan arbeitend, haben die Autoren an Kindern die Punktion der Milz und an Hunden, bei denen auf Grund anatomischer Verhältnisse Milzpunktion nicht möglich ist, diejenige der Leber und hauptsächlich das Trepanieren der Tibiae ausgeführt, da in dem Knochenmarke die Parasiten in größerer Anzahl vorhanden sind.

Das gewonnene Material — Milzblut bei Kindern, Knochenmark bei Hunden — kultivierten die Autoren im Kondensationswasser des Nährbodens NNN (durch Ch. Nicoll vereinfachtes Blutagar Novy-Mc-Neal), in welchem in einigen Fällen bereits am 5. Tage Kulturen zur Entwicklung kamen. Die Abwesenheit von Kulturen auf dem Nährboden 12 bis 15 Tage nach der Aussaat weist, nach Ansicht der Verff., auf Nichtvorhandensein von Leishmanien hin.

Für die beste Methode, die vorerwähnten Protozoen zu fixieren und zu färben, halten die Autoren die folgende: Ein Pinselstrich von Kondensationswasser wird, ohne das Trocknen abzuwarten, im Laufe von 20 Minuten über 1%igen Osmiumsäuredämpfen fixiert und daraufhin im Laufe von 20 Minuten mit der Giemsafärbung in üblicher Verdünnung gefärbt.

In Übereinstimmung mit früheren Beobachtern (Ch. Nicolle, Jemma, di Cristina) schrieben die Verff. für die Diagnosestellung dem Vorhandensein von Leukopenie und einer Andeutung der Leukozytenformel im Sinne einer Steigerung der Lymphozytenzahl große Bedeutung zu. Das Fehlen der Leukopenie schließt nach Ansicht der Verff. Leishmaniose mit Sicherheit aus.

Tschechowitsch (St. Petersburg).

Tuberkulose.

C. Emrys-Roberts. *The portals of entry of the tubercle bacillus. especially in childhood.* (Brit. med. Journ., 1. Februar 1913.)

Als Eintrittspforte für den Tuberkelbazillus kommt nach Ansicht des Verf. außer den als solche anerkannten Stellen noch die Plazenta in Betracht; bei der Schwierigkeit des Nachweises lasse sich diese Möglichkeit allerdings nicht beweisen, aber auch nicht verneinen. Eckhardt.

L. Findlay. *Die Eingangspforte der Tuberkelbazillen.* (A. d. physiol. Abt. d. Univ. Glasgow.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, H. 5/6, S. 503.) (Heubner-Festschrift.)

Durch Inhalation humaner Tuberkelbazillen gelingt es, bis in 60% der Fälle eine Lungentuberkulose bei Kaninchen zu erzeugen. Die Verfütterung desselben Materials ist dagegen meist erfolglos, vorausgesetzt, daß bei der Fütterung eine Einbringung von Bazillen in die Luftwege vermieden wird. Die Möglichkeit dazu ist beim Gebrauch der Magensonde sehr groß, sie ist aber nicht geringer, wenn man das tuberkulöse Material durch Laparatomie und Gastropexie direkt in den Magen bringt. Am meisten dürfte sich für Fütterungsversuche der Weg empfehlen, die Bazillen in Gelatinekapseln eingeschlossen vermittels der Sonde in den Magen zu bringen. Beim Durchtritt durch die Darmschleimhaut büßen die Tuberkelbazillen viel von ihrer Virulenz ein, sei es durch den Magensaft, sei es durch Einwirkung des Darmsaftes oder eines andern Faktors. Bezüglich der Wirksamkeit der bovinen Tuberkelbazillen äußert sich der Verf. dahin, daß dieser Typus an sich schon einen nur geringen Grad von Patrogenität für den Menschen besitze und daß seine Virulenz im Darm selbst noch herabgemindert wird. Dies und die Tatsache, daß bei Fütterungstuberkulose nur eine geringe Anzahl von Bazillen durch die Darmwand hindurch geht, gibt die Erklärung ab für die Gutartigkeit der primären Abdominaltuberkulose. Birk (Kiel).

Paget Lapage and **William Mair.** *Notes on the pathology of tuberculosis in infancy and childhood.* (Lancet, 5. IV. 1913.)

Im Manchester Kinderspital fanden sich in 6 Jahren unter 962 Todesfällen 242 (25%) klinisch Tuberkulöse; 323 Fälle wurden im ganzen obduziert; bei 150 davon (46%) fand sich Tuberkulose. Von den zahlreichen Zahlenangaben verdienen folgende besondere Erwähnung: in 89% aller Fälle fand sich Drüsentuberkulose, und zwar waren auffallenderweise die Abdominaldrüsen häufiger erkrankt als die thorazischen (71 : 55); im 17% der Fälle fand sich nur Drüsentuberkulose, ohne sonstige Organerkrankung; darunter auch Fälle mit Tuberkulose beider Drüsengruppen. Spitzentuberkulose war nicht selten; in 11 Fällen fanden sich Kavernen in den Lungenspitzen, darunter zweimal bei Kindern unter 2 Jahren. 51 (!) Fälle zeigten

bei der Sektion tuberkulöse Meningitis, zum größten Teil, ohne klinisch meningitische Symptome gehabt zu haben. Viermal fand sich indurative Mediastino-Perikarditis, bei Kindern zwischen 9 und 13 Jahren.

„Die Tuberkulosesterblichkeit bei Kindern steigt im Laufe des ersten Lebensjahres, erreicht ihr Maximum im zweiten Jahre und sinkt dann schnell ab." Eckhardt.

Dora Mantoux. *Contribution à l'étude de la tuberculose du nourrisson.* (Thèse de Paris, 1912.)

Das Material der Arbeit umfaßt 166 Beobachtungen, in welchen die Tuberkulose durch klinische Untersuchungen, durch Sektionsbefund und durch Tuberkulinreaktion festgestellt wurde. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Die Tuberkulose ist beim Säugling häufig und wird mit zunehmendem Alter immer häufiger, die familiäre Übertragung hat überwiegende Bedeutung. Eine tuberkulöse Mutter, die ihr Kind stillt, infiziert es fast sicher. Zwei Tatsachen beherrschen die Geschichte der Säuglingstuberkulose.

1. Die früheste, häufigste und wichtigste Lokalisation ist die in den Tracheobronchialdrüsen und die gewöhnliche Eintrittspforte sind die oberen Luftwege.

2. Die Tuberkulose hat eine extreme Tendenz sich weiter auszubreiten am meisten beim sehr jungen Kinde.

Vom klinischen Standpunkte kann man 5 Formen der Säuglingstuberkulose unterscheiden:

1. Respiratorische Formen.
   a) Tracheobronchialdrüsenerkrankung.
   b) Persistierende subfebrile Bronchitis.
   c) Bronchopneumonie mit bestimmten Herden und schlechtem Allgemeinzustand.
   d) Ulzerierende Lungentuberkulose (die Diagnose sehr schwer, weil selbst Kavernen häufig latent).
   e) Pleurale Manifestation (ziemlich selten).
2. Digestive Formen:
   a) Einfache Dyspepsie mit minimalen Verdauungsstörungen, aber progressiver und intensiver Abmagerung.
   b) Gastroenteritis (anscheinend einfacher Natur, aber sehr hartnäckig und jeder Behandlung trotzend.
3. Externe Manifestationen an Knochen, Gelenken, subkutan und an Testikeln.
4. Nervöse Manifestationen, deren häufigste die Meningitis ist (eklamptische, somnolente und paralytische Formen).
5. Generalisierte Tuberkulose in chronischer (atrophische Kachexie mit Polyadenie, Megalosplenie und Leberintumeszenz) oder in akuter (asphyktischer oder typhoider) Form.

Bei allen Formen sind im allgemeinen die anatomischen Läsionen viel ausgebreiteter und ernster, als man nach dem klinischen Befunde erwarten sollte. Wie alle chronischen Infektionen, so kann auch die Tuberkulose das Knochenmark und die Ossifikationsstellen er-

greifen und so Ursache von Rachitis werden (Marfan). Die Prognose der Säuglingstuberkulose ist sehr ernst. In der Regel tritt im Laufe des ersten Lebensjahres der Tod ein. Am günstigsten sind Tuberkulose der Bronchialdrüsen oder externe Tuberkulose. Für die Diagnose ist die kutane Tuberkulinreaktion ausschlaggebend. Für die Behandlung spielt die Prophylaxe die Hauptrolle und besonders die Vermeidung der familiären Übertragung.

Saint-Girons (Paris).

Georges Laplanche. *Iconographie de l'exploration du poignet tuberculeux chez l'enfant.* (Thèse de Paris, 1912, Nr. 270, 86 S.)

Der wesentlichste Bestandteil der Arbeit sind 47 Textfiguren. Da die Prognose der Handgelenkstuberkulose in hohem Grade von der richtigen Diagnose abhängig ist, kommt alles darauf an, möglichst schnell zu dieser zu gelangen und Irrtümer auszuschließen. Obgleich die Handgelenkstuberkulose beim Kinde weniger schwer ist als beim Erwachsenen, muß man doch auf das spätere Schicksal des Individuums Rücksicht nehmen und auf die Bedeutung, welche eine fehlerhafte Handstellung für dasselbe haben könnte. Um die Frühdiagnose zu erleichtern, hat sich der Verf. angelegen sein lassen, die verschiedenen Stellungen normaler und tuberkulöser Handgelenke schematisch zu zeichnen. Er bespricht anatomische und physiologische Einzelheiten, um den Ursprung der Läsion zu zeigen und um das Ergebnis von Radiographie und Radioskopie verständlicher zu machen.

Saint-Girons (Paris).

John Fraser. *A study of the types of organism in a series of bone and joint tuberculosis of children.* (Brit. med. Journ., 12. April 1913.)

Fraser hat in Edinburgh an 70 Kindern unter 12 Jahren mit Knochen- oder Gelenktuberkulose Untersuchungen über den Bazillentyp angestellt. Das Material wurde durch Operation gewonnen und Meerschweinchen einverleibt; nach 6 Wochen wurde mit Stücken erkrankter Organe der getöteten Tiere Eiernährboden nach Dorset beschickt, auf dem nach 14 Tagen deutliches Wachstum zu sehen ist. Die Verschiedenheit des Wachstums auf diesem Nährboden, das morphologische Verhalten der Bazillen, die Reaktion auf Glyzerinbouillon und das Resultat der Verimpfung auf Kaninchen gestatten sichere Unterscheidung des humanen und bovinen Typus. Das Resultat der Untersuchungen ist höchst bemerkenswert: in 41 Fällen fand sich T. bovinus, in dreien eine Mischinfektion; in den übrigen T. humanus. Bei 28 Kindern unter 3 Jahren fand sich 23mal T. bovinus, bei 19 von 3 bis 6 Jahren 9mal, bei 20 von 6 bis 12 Jahren 9mal. In 21 Fällen war ein längeres Zusammenleben mit Erwachsenen mit Lungentuberkulose sicher nachweisbar; 15 davon waren mit T. humanus infiziert; von den übrigen Fällen war nur in 17% T. humanus nachweisbar. Bei 25 mit Frauenmilch ernährten Kindern fand sich nur 6mal T. bovinus, bei 41 mit Kuhmilch ernährten 37mal! Verf. hat

festgestellt, daß die Kuhmilch in allen diesen Fällen niemals gekocht oder pasteurisiert worden ist. Eckhardt.

Charles A. Morton. *The results of excision of the hip-joint in 34 cases of suppurating tuberculous disease.* (Brit. med. Journ., 15. Februar 1913.)

Im Gegensatz zu anderen Chirurgen eröffnet Verf. bei tuberkulöser Erkrankung des Hüftgelenks nicht nur den Abszeß, sondern er beseitigt auch das erkrankte Gewebe vollständig. Seine Resultate (es handelt sich zumeist um junge Kinder) sind gut; in fast allen Fällen wurde Beugung bis zum rechten Winkel und ein ziemlich hoher Grad von Abduktion möglich; die Verkürzung ist im allgemeinen gering, die Beweglichkeit und Gebrauchsfähigkeit gut.

Eckhardt.

L. Bernard. *Le traitement de la tuberculose infiltrée du rein.* (Mouvement méd., I, 1.)

Außer für die Fälle, in denen Nephrektomie nicht möglich ist, ist für die Behandlung der Nierentuberkulose die Exstirpation der kranken Nieren, sobald die Diagnose feststeht, indiziert.

Philipps (Antwerpen).

G. A. Dotti. *Eritema nodoso e tubercolosi.* (Erythema nodosum und Tuberkulose.) (Mitteilung am VIII. it. Pädiaterkongreß in Bologna, 21.—26. September 1913.)

Verf. gibt eine Übersicht über die schon reiche diesbezügliche Literatur, besonders nach der Arbeit Poncets (1905) und kommt zu dem Schlusse, daß das Erythema nodosum einen scharf abgegrenzten Symptomenkomplex bilde, obwohl einige Dermatologen noch immer darauf verharren, es nur als eine einfach dermotoxische Erscheinung, als ein rein eruptives Moment für sich und nicht als einen infektiösen Symptomenkomplex anzusehen.

Viele Autoren haben durch histologische, bakteriologische Untersuchungen und Tierexperimente dem Erythema nodosum eine tuberkulöse Natur beizumessen versucht; ja in der französischen Schule wollten einige das eruptive Element des Erythems als ein rein tuberkulöses Element, als ein Tuberkulid betrachten.

Seitdem nun die allergischen Proben Pirquets, Calmettes und Mantoux' als diagnostisches Mittel in großem Maßstabe für alle Krankheitsformen, besonders im Kindesalter, eingeführt worden sind, haben sich die Veröffentlichungen von Erythemfällen mit positiver Reaktion und klinischen tuberkulösen Begleiterscheinungen zur Stütze der tuberkulösen Natur des Erythema nodosum noch mehr gehäuft.

Es bleibt aber im Gebiete der Untersuchungen noch viel zu tun übrig, um die spezifische Natur des Erythems schlagend zu beweisen; so neigen z. B. die neuesten Anschauungen der Dermatologen noch durchaus nicht dahin, die Elemente des Erythema nodosum

in die Reihe der Tuberkuliden einzureihen (Cappelli 1910) und bewahren für gewisse Autoren die anderen ätiologischen Faktoren noch immer ihren Wert, worunter auch, nicht als letztes, der Rheumatismus zu erwähnen ist.

Bei dieser Sachlage mußte die Tuberkulinreaktion bei allen Fällen von Erythema nodosum immer noch einen großen Wert haben; besonders im Kindesalter mußten der hohe Prozentsatz der positiven Reaktion sowie die Beobachtung des Erscheinens der Reaktion ausschließlich während und nach dem Auftreten des Erythems einen höheren Wert besitzen. Daher wurden seit 1909 in der Kinderklinik und Poliklinik Florenz alle Fälle von Erythema der Allergieprobe unterworfen. Besonders aber bei den vom Verf. mitgeteilten Fällen wurden während dieser jahrelangen Periode ihr Verlauf vom Augenblicke der Hervorrufung der Tuberkulinprobe unter stetiger Beobachtung gehalten.

Die Anzahl der Fälle war 28, mit der höchsten Frequenz vom 7. zum 9. und einer geringeren Frequenz vom 2. zum 4. Lebensjahre. Ein einziger Fall am Ende des 1. Lebensjahres. Was die Jahreszeit anbelangt, so traten 50% aller Fälle im Spätfrühling und 35% im Herbst auf. Betreffs des Geschlechtes nichts Erwähnenswertes.

Die bedeutendsten klinischen Erscheinungen bestanden im Fieber, Intervallen von Schwitzen, Schmerzen am Halse oder am Rachen in der 1. Woche, bei gewissen Fällen Gelenk- und Muskelschmerzen, bei der Mehrzahl der Fälle allgemeine Störungen des Verdauungsapparates, von Anorexie bis zur Diarrhöe, Erscheinen des Erythems am Ende der 1. Woche mit ungleichmäßigen Erscheinungen, „à poussée", besonders im Vorderteil der unteren Extremitäten, häufig aber auch in der extensorischen Gegend der oberen, zuweilen auch auf After und Gesicht.

Unter den bedeutendsten Erscheinungen der Krankheitsgeschichte ist die in allen Fällen positive Anamnese mit direkt tuberkulöser Belastung sowie überhaupt die häufig erst seit kurzem datierende und von vorausgehenden und nachfolgenden tuberkulösen Erscheinungen freie Anamnese zu verzeichnen. Bemerkenswert war ja sogar die Tatsache eines günstigen Ernährungszustandes bei Kindern mit Erythema nodosum. Bei einer nicht geringen Anzahl von Fällen des ersten Kindesalters wurden Erscheinungen von Hämophilie und bei anderen Impetigo beobachtet.

Die Reaktion auf menschliches Tuberkulin hatte bei allen Fällen positiven Erfolg; auf Rindertuberkulin wurde die Reaktion bei 8 Fällen (wovon 7 positiv und 1 mit unsicherem Erfolge) nachgewiesen; Stichreaktion bei allen untersuchten Fällen (4) positiv.

Die lokale Reaktion wurde nur in einem der letzten Fälle, wo sie nicht klar ausgefallen war, berücksichtigt.

Bei allen Fällen war die Intensität der Reaktion charakteristisch sowie das reaktive Element von beinahe stets blasenförmigem und herpetiformem Aussehen, mit reichlichem Serum und ausgedehntem Hofe, wie bei den Formen von Knochentuberkulose im Kindesalter und bei den skrofulösen Formen.

Das rasche Verschwinden und die völlige Heilung der Elemente des Erythems sowie die geringe Stichhaltigkeit der von den verschiedenen Verfechtern des tuberkulösen Charakters des Erythems lassen Verf. eine längere Reihe histologischer, bakteriologischer und experimenteller Studien zum Nachweise ihrer vorgeblichen tuberkulösen Natur höchst wünschenswert erscheinen.

Verf. zufolge kann bei klar positiver Reaktion in 100% seiner Fälle das Auftreten der Erythemelemente höchstens als eine besondere Reaktionserscheinung auf Hypersensibilität bei Kindern mit latenter Tuberkulose gedeutet werden: eine Reaktionserscheinung, die auf Krankheitsprozesse verschiedener Natur zurückgeführt werden kann.

Ohne auch die tuberkulöse Natur der Elemente, die jedoch in gewissen Fällen (s. Literatur) sich infizieren und auch tuberkulös werden können, annehmen zu wollen, hat die stets positive Reaktion des Erythema nodosum auf Tuberkulin vom klinischen Standpunkte, wenn je, deshalb eine große Bedeutung, weil sie uns, auch bei der Unmöglichkeit, dessen spezifische Natur bis jetzt durch Untersuchungen nachzuweisen, dennoch anzeigt, daß das Terrain, auf dem sie sich kundgibt, tuberkulös ist. Autoreferat.

Woodruff. *Radiographic studies of the chest in tuberculous Meningitis.* (Röntgenstudien der Brust bei tuberkulöser Meningitis.) (Arch. of Ped., September 1913.)

Die tuberkulöse Meningitis ist zumeist mit Tuberkulose der Lungen verbunden, wenngleich Ausnahmen nicht selten sind. Das Röntgenbild gibt darüber einen ziemlich zuverlässigen Aufschluß und kann deshalb bei unklaren Meningitisfällen, wenn z. B. die Lumbalpunktion diagnostisch versagt, mit Vorteil verwendet werden. Die relativ wenigen Sektionen, über die Verf. verfügte, bestätigen zumeist die Röntgendiagnose. Wachenheim (New York).

V. Fragale (Rom, Kinderklinik). *La ricerca del bacillo di Koch nel liquido cerebrospinale nei bambini affetti da meningite tubercolare.* (Die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit auf Kochschen Bazillus bei an tuberkulöser Meningitis leidenden Kindern.) (Riv. di Clin. Ped., X, 1912.)

Verf. prüfte die Nobécourtsche Methode in 17 Fällen auf ihren Wert und fand Kochschen Bazillus in $^2/_3$ der Fälle vor, während es ihm in weiteren 5 negativen Fällen gelang, die Tuberkulose in Meerschweinchen zu entwickeln. Mit der gewöhnlichen Zentrifugierungs- und Retikulummethode hatte er nie Bazillen gefunden.
Dotti (Florenz).

A. Lesage. *Méningite tuberculeuse à forme ébrieuse.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, 6.)

D'Espine. *Les troubles de l'équilibration dans la méningite tuberculeuse.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, 8.)

Lesage teilt einen sehr ungewöhnlichen Fall von Meningitis bei einem 4jährigen Kinde mit. Das Kind befand sich in einem

Zustand, der durchaus einem Alkoholrausch glich: es sprach unzusammenhängendes Zeug, hatte das Gleichgewicht völlig verloren, die Muskulatur war schlaff, die Reflexe waren herabgesetzt, die Haut hypästhetisch. Nur die Erscheinungen am Puls (Beschleunigung und Aussetzen desselben, dabei kaum erhöhte Temperatur) ließen an Meningitis denken. Schon nach 5 Tagen trat der Exitus ein.

Auch in dem von d'Espine mitgeteilten Falle trat als Initialsymptom eine Gleichgewichtsstörung auf. Auch hier nahm die Krankheit unter Eintritt von Koma und Krämpfen einen rapiden Verlauf. Bei der Sektion fanden sich außer einer basalen Meningitis fibrinöse Auflagerungen an der Oberfläche der Kleinhirnhemisphären und des oberen Wurmes. Thorspecken (Bremen).

St. Engel. *Die anatomischen und röntgenologischen Grundlagen für die Diagnostik der Bronchialdrüsentuberkulose beim Kinde.* (Mit 26 Abb. und 5 Taf.) (Erg. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Bd. XI, 1913, S. 219.)

Gestützt auf ein reiches — bereits der Ges. f. Kinderheilk. in Münster (Ref. Monatsschr., Bd. XI, S. 404) demonstriertes — Material, geht Verf. davon aus, daß die Gegend der Bronchialdrüsen zum größten Teil in den Bereich des Mittelschattens fällt, um so mehr, je jünger die Kinder, je breiter der Thorax und je gedrungener der Mittelschatten ist. Nur der rechte Hilus liegt im Lungenfelde oder doch nahe daran, so daß hier vorkommende Drüsentuberkulosen Aussicht auf Darstellbarkeit haben. Diese Tatsachen werden bewiesen durch genaue Festlegung des Tracheobronchialbaumes im Röntgenbilde, teils mit Hilfe von Bronchialdrüsen, teils durch direkte Sichtung der durch Trachea und Bronchien bewirkten Schattenaussperrungen.

Mit der Topographie des Bronchialbaumes ist auch die der Lymphdrüsen gegeben, da sie sich unmittelbar an die Luftwege anschließen und vorwiegend in den Teilungswinkeln lokalisiert sind. (Nachweis durch Röntgenogramme verkalkter Lymphknoten.)

Nachdem nun Verf. noch geprüft hat, nach welchen Richtungen die Hauptdrüsengruppen sich ausdehnen können, kommt er zu dem Schlusse, daß die Verhältnisse für die Darstellbarkeit im wesentlichen nur für die rechten broncho-pneumonalen Drüsen günstig liegen, die sich peripherwärts, vom Herzen weg, in einen von schattengebenden Gebilden freien Raum hinein vergrößern. Einige wenige Fälle mit charakteristischen Schatten am rechten Hilus werden als Paradigmata beigefügt. Andere Drüsengruppen haben wenig Aussicht dargestellt zu werden, die praktisch wichtigsten, die Bifurkationsdrüsen, überhaupt keine. „Mit der Röntgenographie der Bronchialdrüsen steht es also im ganzen recht schlecht." W. Freund (Breslau).

v. Pirquet. *Die Wiederkehr der Reaktionsfähigkeit auf Tuberkulin an verschiedenen Körperstellen nach dem Verschwinden der Masernanergie.* (Wiener med. Wochenschr., 1913, S. 2518.)

Bei 2 Kindern wurden im Ablaufe der Masern tägliche kutane Tuberkelproben an verschiedenen Körperteilen ausgeführt. Die durch

die Masern bewirkte Anergie gegen Tuberkulin verschwand zwischen dem 6. und 8. Exanthemtage. Eine Verspätung der distalen Partien in der Wiederkehr der Reaktionsfähigkeit, entsprechend dem Ablaufe des Masernexanthems, konnte nicht konstatiert werden. Die Reaktionen auf der Haut des Fußrückens zeigten sich bedeutend größer als die auf der Haut des Armes; die Haut des Halses gab die allerkleinsten Reaktionen.

Lehndorff (Wien).

Brown. *Tuberculin skin reaktions in infancy.* (Tuberkulinhautreaktionen im Säuglingsalter.) (Arch. of Ped., September 1913.)

Außer bei komplizierenden Masern oder sub finem vitae ist eine negative Hautreaktion ein fast absolutes Zeichen, daß Tuberkulose nicht vorliegt. Dagegen ist in diesem Alter eine positive Reaktion von infauster Bedeutung. Bei Verdacht und negativem Befund soll die Probe wiederholt werden.

Wachenheim (New York).

Cataneo (Parma). *Untersuchungen über die Reaktion auf humanes und bovines Tuberkulin in der Kindheit.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VI, S. 506.) (Heubner-Festschrift.)

	Bei innerer Tuberkulose[1])	Bei chirurgischer Tuberkulose
	in Prozenten	
Reaktion nur auf menschliches Tuberkulin.	15·5	—
Reaktion nur auf Kindertuberkulin . . .	15·5	17
Stärkere Reaktion auf menschliches als auf tierisches Tuberkulin	13·3	—
Stärkere Reaktion auf tierisches als auf menschliches Tuberkulin	20·0	17·9
Reaktion von gleicher Stärke	31·0	35·3

Birk (Kiel).

[1]) Die Zahlen, die der Verf. hier angibt, stimmen nicht. Ich habe sie deshalb neu berechnet, soweit es möglich war. Denn der Verf. hat 45 Kinder untersucht, aber bei der Gruppierung nach Art der Reaktionen findet man nur 43.

L. W. Gilerowitsch. *Zur Frage der chemischen Reaktion Jefimoffs beim Diagnostizieren von Tuberkulose.* (Wratsch. Gaz., 1913, Nr. 8.)

Der Autor unterzieht den spezifischen Charakter der chemischen Reaktion Jefimoffs für die Diagnose der aktiven wie der passiven Tuberkulose einer Kritik und um seine Thesis zu bekräftigen, zitiert er eine Tabelle mit Beobachtungen und Analysen von 200 Kindern, darunter 105 Fälle aktiver Tuberkulose. Die amphotere Reaktion nach dem Aufkochen von frisch gelassenem Urin wurde nur einmal erzielt, und zwar im Falle einer Appendizitis, bei einem Patienten, der gar keine Symptome von Tuberkulose hatte. Dagegen lieferte die Reaktion mit Arg. nitr. nur in 63 Fällen ein positives Resultat, wobei darunter 38 auf 105 Fälle aktiver Tuberkulose waren, d. h. 36·2%, und 5 Fälle auf 20, d. h. 34·4% — passiver Tuberkulose. Dagegen in 63 Fällen, wo gar keine Veranlassung, an aktive oder passive Tuberkulose zu denken, vorlag, ergab sich die positive Reaktion 20 mal, d. h. in 31·7% der Fälle, ungefähr ein ebenso so hoher Prozentsatz wie auch bei Tuberkulose. Außerdem lieferten einige der Fälle, bei wiederholten Analysen, bald positive, bald negative Resultate. Zum Schlusse hält der Autor die Tuberkulinreaktion für das gegenwärtig einzige wertvolle diagnostische Hilfsmittel in Fällen von latenter und passiver Tuberkulose im Kindesalter.

Sedunow (St. Petersburg).

C. Moewes und **Fr. Bräutigam.** *Tuberkelbazillen im Blute.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 42, S. 2031.)

Verff. konnten das regelmäßige Vorkommen von Bazillen im strömenden Blute durchaus in Abrede stellen. Die Tierversuche verliefen immer negativ. Nagel-Hoffmann.

A. T. Laird, George L. Kitt and **D. A. Stewart.** *Das Vorkommen von Tuberkelbazillen im Stuhl.* (Journ. med. res., XXIX, S. 31—42.)

Bei 101 Untersuchungen der Fäzes von Kranken, deren Auswurf tuberkelbazillenhaltig war, wurden 60 mal, d. h. in 59% der Fälle, säurefeste Bazillen gefunden. Trennt man 17 Fälle ab, bei denen das Sputum zur Zeit der Untersuchung keine Bazillen mehr enthielt, so steigt die Zahl der Stuhluntersuchungen mit Bazillenbefund auf 72%. Unter 44 Untersuchungen an Kranken mit bazillenfreiem Auswurf fanden sich nur 2 mal säurefeste Stäbchen im Stuhle. Bei 62 Meerschweinchenimpfungen mit bazillenhaltigem Stuhl fanden sich 48 mal (77%) makroskopisch erkennbare Veränderungen, während solche unter 23 Impfungen mit bazillenfreiem Stuhl 1 mal beobachtet wurden. H. Vogt.

C. Beck. *Die Behandlung der kindlichen Tuberkulose mit dem Rosenbachschen Tuberkulin.* (A. d. v. Neufvilleschem Kinderhosp. in Frankfurt a. M.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VI, S. 439.) (Heubner-Festschrift.)

Der Verf. publiziert hier 30 Fälle von verschiedenartiger Tuberkulose, bei denen er das Rosenbachsche Tuberkulin anwendete.

Er selber ist der Meinung, daß es — in Verbindung mit der Heliotherapie — eine mäßige Waffe im Kampfe gegen die Tuberkulose darstelle. Die beigefügten Krankengeschichten geben trotz ihrer Ausführlichkeit keine Handhabe für den Leser, zu entscheiden, ob der günstige Ausgang post hoc oder propher hoc erfolgte.

Er injizierte das Tuberkulin subkutan in den Oberarm, nur in Fällen von chirurgischer Tuberkulose in die Umgebung des betreffenden Herdes. Er begann mit 0·1 cm^3 der unverdünnten Flüssigkeit, auch bei Säuglingen. Er injizierte sodann jeden folgenden zweiten Tag, steigend um 0·1 g bis zur Höchstdosis von 1 g. Diese gab er 1 Monat lang zweimal wöchentlich, dann noch 1 Monat einmal wöchentlich. In hartnäckigen Fällen dehnte er die Kur auf $^1/_2$ Jahr und länger aus. Die Allgemeinreaktionen waren gering, die Lokalreaktionen meist sehr stark; man vermeidet sie, indem man tief subkutan oder intramuskulär injiziert. Häufig traten Herdreaktionen auf (Husten in verstärktem Maße bei Lungentuberkulose).

Birk (Kiel).

Bourdette. *Le traitement medical de la tuberculose chronique chez l'enfant. Heliotherapie.* (Thèse de Paris, 1912.)

Verf., früher Arzt des Sanatoriums von Hendaye (Basses-Pyrénées), bespricht in dieser Arbeit den guten Einfluß der Seekuren auf die Peritonealtuberkulose der Kinder. Chirurgische Behandlung soll nur in Ausnahmefällen angewendet werden. Medizinische Behandlung jedoch ist anzuwenden. Die Seekur gibt die besten Resultate, wenn man kalte Seebäder mit Applikation von Seewasser, Aufenthalt am Strande und Boottouren auf dem Meere kombiniert.

Das Vorhandensein von Lungenaffektionen ist keine Gegenindikation. Neben dieser Seekur ist es gut, Heliotherapie anzuwenden, welche ebensogut an der See wie in den großen Höhenlagen angewendet werden kann.

Die Kranken werden den Sonnenstrahlen ausgesetzt, sobald die Temperatur 30° in der Sonne überschreitet; die höchste Temperatur scheint 40° zu sein. Im Anfang setzt man den Patienten zweimal pro Tag, jedesmal eine Stunde, den Sonnenstrahlen aus. Man kann die Zeitdauer später verlängern, besonders wenn die Haut ausreichend pigmentiert ist. Während der ersten 2 Wochen setzt man nur den Bauch, später den ganzen Rumpf den Sonnenstrahlen aus. Die Dosen, in denen die Sonne angewendet wurde, sind ziemlich groß gewesen und man hat doch niemals Zwischenfälle gehabt. Vorzügliche Resultate sowohl bei der bazillären Peritonitis wie bei vielen anderen tuberkulösen Fällen. Saint-Girons (Paris).

Syphilis.

H. Ferguson Watson. *Unusual fertility in syphilitic parents, associated with anomalous involvement of the children.* (Brit. med. Journ., 26. April 1913.)

Ein aus Rußland eingewandertes Ehepaar hatte in 3jähriger Ehe 6 Kinder erzeugt; 3 Geburten waren innerhalb 22 Monaten erfolgt, jedesmal Zwillinge, alle prämatur. Die Kinder der zweiten Geburt hatten multiple Daktylitis, die als luetisch angesprochen wurde; darauf wurde bei sämtlichen Kindern und den Eltern die Wassermannsche Reaktion angestellt, bei allen mit positivem Resultate. Die jüngsten Kinder zeigten typische Hautsymptome, die ältesten keinerlei verdächtige Erscheinungen. Die Eltern negierten eine Infektion. Beide hatten aber typische Narben an den Genitalien und der Vater machte den Eindruck eines Paralytikers.

Eckhardt.

Welde. *Über das Schicksal von 396 kongenital syphilitischen Kindern und die Notwendigkeit einer organisierten Fürsorge.* (A. d. Kinderklinik d. Charité in Berlin; Prof. Heubner.) (Zeitschr. f. Kinderkeilk., Bd. VII, H. 5/6, S. 451.) (Heubner-Festschrift.)

Der Autor plaidiert für eine etwas intensivere Fürsorge für kongenital luetische Kinder. Von dem eigentlichen Schicksal der 396 Kinder, d. h. davon, was im späterem Leben aus ihnen geworden ist, erfährt man leider nicht viel. Bemerkenswert und außergewöhnlich hoch erscheint die Sterblichkeit der klinisch behandelten Fälle, nämlich 64%, wozu noch weitere 10% kommen, die ungeheilt entlassen und wenige Tage später draußen gestorben sind.

Birk (Kiel).

Marfan. *Paraplégie spasmodique hérédo-syphilitique chez les grands enfants.* (Arch. de méd. des enf., Ad. XVI, 8, sowie im Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, p. 468.)

6 eigene, zum Teil schon früher mitgeteilte Fälle bilden das Material dieser klinischen Studie. Die Krankheit tritt frühestens nach 4 Jahren in schleichender Weise auf. Die Symptomatologie ist derjenigen der Erbschen syphilitischen Spinalparalyse der Erwachsenen sehr ähnlich. Gewisse Unterschiede beziehen sich hauptsächlich auf das Verhalten der Pupillen und Sphinkteren. Bei der Marfanschen Form scheint das Argyll-Robertsonsche Phänomen konstant zu sein, Störungen der Sphinkteren fehlen.

Die Differentialdiagnose bietet keine besonderen Schwierigkeiten. Die Littlesche Krankheit läßt sich durch die Anamnese, das klinische Bild, den Ausfall der Wassermannschen Reaktion, manchmal auch durch das Vorhandensein anderer Zeichen hereditärer Lues, unter denen die parenchymatöse Keratitis an erster Stelle steht, ausschließen. Bei der Strümpellschen familiären Form fehlen psychische und Augenstörungen.

Vom Salvarsan sah Marfan Günstiges, insofern ein Fortschreiten der Spasmen verhindert wurde und sogar Besserung des Ganges zu beobachten war. Thorspecken (Bremen).

Blackfan, Nicholson and **White.** *A study of the Wassermann reaction in 100 infants.* (Untersuchungen über die Wassermann-Reaktion bei 100 Säuglingen.) (Americ. Journ. Dis. Childr., September 1913.)

Bei 68 Kindern ohne syphilitische Anamnese fiel die Reaktion bei 66 negativ aus, eins von den 2 übrigen war sicherlich luetisch, bei dem andern war die Reaktion undeutlich. Bei 33 weiteren Kindern aus einer Hospitalabteilung mit ähnlicher Anamnese (2 zweifelhaft) war die Reaktion bloß bei einem positiv. Nach dieser Erfahrung, die mit vielen anderen nicht stimmt, ist der Wert der Probe betont, anderseits ist nachgewiesen, daß von einer Durchseuchung anscheinend gesunder Kinder mit Lues wenigstens hierzu lande keine Rede sein kann. Churchills Angabe von 28% bei Hospitalkindern ist gewiß viel zu hoch oder auf ganz lokalen Umständen beruhend.

Wachenheim (New York).

Holt. *The Wassermann reaction in hereditary syphilis, in congenital deformities and in various other conditions in infancy.* (Die Wassermann-Reaktion bei angeborener Lues und verschiedenen infantilen Zuständen.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Sept. 1913.)

Bei hereditärer Lues ist die Reaktion konstant, außer bei kürzlich behandelten Fällen. Etwa 6% von nicht auf Lues verdächtigten Fällen gaben ebenfalls eine positive Reaktion, von diesen 11 Kindern kamen 5 zur Sektion und davon waren 4 nachweisbar syphilitisch. Bei den 167 negativen Fällen waren die verschiedensten Mißbildungen und Ernährungsstörungen vertreten; die Lues scheint bei ihnen, namentlich bei der Kinderatrophie, eine unwesentliche Rolle zu spielen, ohne charakteristische Läsionen darzubieten.

Wachenheim (New York).

Brown. *The luetin reaction in infancy.* (Die Luetinreaktion bei Säuglingen.) (Americ. Journ. Dis. Childr., September 1913.)

Die Luetinprobe hat gute Aussichten mit der Wassermannprobe zu konkurrieren, beide Proben stimmen gut und die erstere ist viel einfacher auszuführen. Wachenheim (New York).

Holt and **Brown.** *Results with salvarsan in hereditary syphilis.* (Erfolge mit Salvarsan bei hereditärer Syphilis.) (Americ. Journ. Dis. Childr., September 1913.)

Das Salvarsan wirkt bedeutend energischer als Quecksilber, namentlich bei quecksilberfesten Fällen, es muß intravenös gegeben und fast immer mehrmals wiederholt werden, auch wenn Symptome der Lues nicht wieder auftreten. Am besten wirkt Anwendung beider Medikamente, doch ist unter allen Umständen die Bestimmung einer

kompletten Heilung, auch mit Beihilfe der Wassermannprobe, unmöglich; die Reaktion verschwindet nicht leicht selbst nach Salvarsan und nur sehr schwer nach der gründlichsten Quecksilberbehandlung.

Wachenheim (New York).

Strathy and **Campbell.** *Results of treatment with salvarsan in late congenital syphilis.* (Erfolge der Salvarsanbehandlung bei angeborener Spätsyphilis. (Americ. Journ. Med. Dis. Child., September 1913.)

Obgleich die symptomatischen Erfolge schneller als mit Quecksilber erzielt werden, steht es in bezug auf die Wassermannprobe nicht viel besser. Von 9 Patienten wurde die Reaktion bloß bei 9 negativ, und dann erst nach 8 oder 9 Einspritzungen.

Wachenheim (New York).

Weill, Morel et **Mouriquand.** *De l'emploi des arsénos aromatiques (666) par voie rectale, en thérapeutique infantile.* (Syphilis héréditaire, chorées graves etc. Rech. clin., chim. et expér.) (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, 7.)

Das Salvarsan wird von der Rektalschleimhaut nur in geringen Mengen resorbiert. Es läßt sich deshalb auf diesem Wege nur eine schwache, therapeutisch meist ungenügende Wirkung erzielen.

Thorspecken (Bremen).

Zirkulationsapparat.

Noeggerath. *Elektrokardiogramme schwächlicher Säuglinge. (Frühgeburten, Nährschäden und Infektionen.)* (A. d. Kinderklinik und II. med. Klinik in Berlin.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VI, S. 396.) (Heubner-Festschrift.)

Die ausgedehnten Untersuchungen ergaben ein ziemlich negatives Resultat insofern, als sich das Elektrokardiogramm nicht als ein zuverlässiges Maß der Herzfunktion der Säuglinge erwies. Noch weniger zeigte es sich geeignet, prognostisch die Ausdauer des Herzens anzugeben. Selbst bei organischen Herzerkrankungen, z. B. eitriger Perikarditis, erwies er sich als wertlos. Birk (Kiel).

Theodor Goett. *Studien über die Pulsation des Herzens mit Hilfe der Röntgenstrahlen.* (Habilitationsschr., München, 1913.)

Verf. hat ein Verfahren ausgebildet, mit dem es gelingt, Pulsationskurven vom rechten und linken Herzrand zu gewinnen. Eine in einer Kassette eingeschlossene Platte bewegt sich mit gleichmäßiger Geschwindigkeit in senkrechter Richtung am Brustkorb vorüber. Durch einen horizontalen Spalt in einem Bleischirm werden von einer im Rücken der Versuchsperson angebrachten Röntgen-

röhre die Konturen des rechten und linken Herzrandes auf der Platte zur Darstellung gebracht. Die so erhaltene Kurve des linken Ventrikels besteht aus Wellen mit einem kürzeren, der Austreibungszeit der Systole entsprechenden und einem längeren diastolischen Schenkel. Daneben kommen kleinere superponierte Wellen vor, in denen Verf. den Ausdruck der komplizierten Bewegungen der linken Kammer bei der Systole sieht. Die Kurve des rechten Herzbogens (Vorhofs) ist ein- oder zweigipfelig. Auf vielen Kurven kommt eine der Ventrikelpulsation vorausgehende Vorhofspulsation vor; die andere stets vorhandene Welle ist synchron mit der des linken Ventrikels und der Ausdruck der Pulsation der rechten Kammer. Die Ausschläge der Pulsbewegungen des Herzens sind ausgiebiger, als man bisher angenommen hat. Sie bleiben bei Kindern nur wenig hinter denjenigen der Erwachsenen zurück. Die systolische Bewegung der linken Kammer beginnt ausschließlich an der Herzspitze. Bei erregter Herzaktion unter nervösen Einflüssen scheinen die sekundären Wellen auf der Pulsationskurve des linken Ventrikels stärker ausgebildet zu sein. H. Vogt.

K. Motzfeld. *Medfödte hjertefel.* (Angeborene Herzfehler.) (Norsk Magaz. f. Laegevidensk., Jahrg. 74, 1913, S. 939.)

Beschreibung von 15 Fällen angeborener Herzfehler verschiedener Art. In 3 Fällen isolierte offenstehende Duct. art. Botallii. In einem von diesen Fällen, wo das Lumen 8 mm Diameter zeigte, kombinierte sich der Fehler mit Lungentuberkulose. Diese 3 Patienten standen im Alter von 33 bis 55 Jahren. 4 Fälle zeigten Pulmonalstenose kombiniert mit anderen Herzanomalien, 3 andere Herzen hatten Septumdefekt der Ventrikel und gemeinsamen arteriellen Trunkus. Von den mitgeteilten Fällen fallen 6 in das Säuglingsalter, sie entsprechen einem Prozent von 0·7 von allen unter der Beobachtungszeit zitierten neugeborenen Kindern. Wernstedt (Stockholm-Malmö).

J. W. Troitzky. *Arythmien des Kinderherzens.* (Wratsch. Gaz., 1913, Nr. 14 u. 16.)

Der Autor zitiert und kritisiert die auf die Frage der Arythmie des Kinderherzens sich beziehende Literatur und kommt auf Grund der Radiogramme aus den Arbeiten Eminets, Fribergers sowie seiner eigenen Radio-Kardio-Phlebogramme zum Schlusse, daß in einem wachsenden Organismus ein rhythmischer Puls gar nicht zu konstatieren sei, daß, obgleich die Frage von physiologischer Arythmie bei Kindern gegenwärtig noch nicht als entschieden zu betrachten ist, doch die gewöhnliche Erscheinung einer Arythmie im Laufe des ersten und des zweiten Schulalters am ehesten durch ein gesteigertes Wachstum des Herzens und der Gefäße, bei zurückgebliebener Entwicklung des Thorax zu erklären wäre, wobei die Schwankungen einzelner Pulswellen um so schärfer sind, je weiter der Perimeter der Brust im Vergleich zur halben Länge des Körpers zurückgeblieben ist. Daraus folgt auch das Motto zum Beitrage

aus J. Keating und W. Edwards, daß „die Arythmie des Pulses als eines der bedeutenden Symptome von größtem Wachstum dienen kann". Tschechowitsch (St. Petersburg).

Delneuville. *Arythmie cardiaque guérie par l'ablation de végétations adénoides.* (Arythmie des Herzens, geheilt durch Abtragung der adenoiden Vegetationen. (Scalpel, 2. März 1913.)

Ein Kind, welches kurz zuvor einen Anfall von akutem Gelenkrheumatismus durchgemacht hatte, wurde von einer Herzarythmie durch Abtragung der adenoiden Vegetationen geheilt.

Philipps (Antwerpen).

Respirationsorgane.

P. L. Sutherland and **A. A. Jubb.** *Chronic pneumococcal infection of the lungs in children.* (Brit. med. Journ., 31. Mai 1913.)

Verf. hat das Sputum von 69 klinisch auf Lungentuberkulose verdächtigen Kindern, bei denen mikroskopisch Tuberkelbazillen nicht zu finden waren, Meerschweinchen intraperitoneal injiziert.

Nur 2 Tiere wurden tuberkulös, die meisten (30) starben nach 1 bis 19 Tagen an mehr oder weniger akuter Peritonitis; als Erreger fanden sich in diesen Fällen Pneumokokken. Da Untersuchungen bei Erwachsenen dasselbe Resultat ergaben, so ist Verf. der Meinung, daß es sich in solchen Fällen um chronische durch Pneumokokken hervorgerufene Lungenerkrankungen handelt. Ein großer Prozentsatz davon wurde durch Freiluftbehandlung gebessert oder geheilt.

Eckhardt.

Riesman. *A lobar form of bronchopneumonia of long duration, occurring in children and young adults.* (Eine lang dauernde lobäre Form der Bronchopneumonie.) (Americ. Journ. Med. Sciences, September 1913.)

Die Krankheit besteht in einem Zusammenfließen lobulärer Herde mit nur mäßigem Fieber, wenig über 38°. Bei dem mehrere Wochen und selbst Monate dauerndem Verlauf ist namentlich die Differentialdiagnose von Tuberkulose of schwierig, anfangs möchte auch Typhus vermutet werden. Der Ausgang war in den berichteten Fällen komplette Heilung. Wachenheim (New York).

A. Delcourt. *Le traitement des pneumonies et des bronchopneumonies par les inhalations d'oxygène.* (Behandlung der Pneumonien und Bronchopneumonien durch Sauerstoffinhalation.) (Pathol. infant., X, 3.)

Bei der systematischen Behandlung dieser Affektionen durch häufige und starke Sauerstoffinhalationen (das Kind hat alle 10 Minuten 5 Minuten lang Sauerstoff einzuatmen, zur Behandlung sind 4000 bis 5000 l Sauerstoff notwendig) hat Verf. sehr gute Resultate in seiner Privatpraxis aufzuweisen. Philipps (Antwerpen).

R. G. Freeman. *Pneumonie im Kindesalter.* (Americ. med., VIII, S. 433—440, 1913.)

Verf. bespricht kurz die Bakteriologie der kindlichen Pneumonie, wobei auffällt, welche geringe Bedeutung er den Influenzabazillen beizumessen scheint, obgleich er in New York tätig ist, wo Holt seine bekannten Untersuchungen über die Häufigkeit der Influenzabazillen bei den Respirationserkrankungen des Kindesalters angestellt hat. Die Häufigkeit der Lungenerkrankungen im Winter führt Verf. auf „das Fehlen von Luftzug" zurück, weil dann die Fenster geschlossen gehalten werden. Bemerkenswert sind seine therapeutischen Ansichten. „Hustenmixturen, Expektorantien, feuchte Umschläge, Inhalationen stellen nur Hindernisse für die Genesung dar." Hauptwert legt er auf die Zufuhr frischer Luft durch Offenhalten der Fenster. Diese Behandlung bekämpft nervöse Unruhe und ist ungleich das beste Herzkräftigungsmittel.

H. Vogt.

L. M. Spolverini (Rom). *Sulla etiologia e terapia dell' asma essenziale nei bambini.* (Über Ätiologie und Therapie des Asthma essentiale bei Kindern.) (Riv. di Clin. Ped., 1913.)

Verf. hatte Gelegenheit, 3 Fälle von Asthma essentiale zu beobachten, bei denen ihm die Gegenwart einer arthritischen Diathese auffiel, und bringt einen Beitrag zur Bestätigung der Diathesentheorie des Asthmas. Die antiarthritische Kur hat mit antiuretischen Mineralwässern glänzende Resultate geliefert. Dotti (Florenz).

L. E. Barrington-Ward. *Pneumococcal abscess of the lung in children.* (Lancet, 19. IV, 1913.)

Ein Knabe von 6 Jahren war 5 Wochen vor seiner Einlieferung fieberhaft erkrankt. Am 14. November 1911 fand sich bei ihm eine deutliche seitliche Verbiegung der Wirbelsäule mit der Konvexität nach links, Abmagerung, Blässe, beschleunigte Atmung, Leukozytose. Röntgendurchleuchtung ließ „eine Flüssigkeitsansammlung in der rechten Pleurahöhle in der Nähe der Mittellinie und der Basis" vermuten. Punktion mehrmals negativ. Rippenresektion: kein Eiter im Pleuraraume; erst Punktion der Lunge selbst ergab Eiter mit Reinkultur von Pneumokokken. Drainage, Heilung. Verf. hält Pneumokokkenabszesse für nicht so selten; nur werden sie in vivo meist nicht diagnostiziert. Eckhardt.

Delhaye et **Lawaese-Delhaye.** *Epanchements pleurétiques: formule cythologique et formule d'Arneth.* (Pleuritis: zytologische Formel und Formel nach Arneth.) (Bull. soc. méd. Anvers., LXXIV, Nr. 3.)

1. Die zytologische Formel einer Pleuritis bezeichnet nicht unbedingt die bakteriologische Ätiologie. Die zytologische Formel ist der augenblickliche Ausdruck eines Kampfes und ist veränderlich je nach der Intensität des Angriffs, der Zeit der Punktion usw. Die pyogenen Mikroorganismen führen Reaktionen herbei, welche zu gewöhnlich neutrophiler, manchmal auch eosinophiler Polynukleose

neigen. Es kann aber auch für den Augenblick eine Lymphozytose mit Mononukleose entstehen. Die Tuberkulose neigt zur Lymphozytose, zuweilen herrscht jedoch die Polynukleose vor.

2. Die nukleären Werte sind nicht höher in den Infektionen durch Kokken als in den tuberkulösen Infektionen.

3. Die nukleäre Zahl sinkt bei den Entzündungen durch Itererreger, sie steigt bei den tuberkulösen Entzündungen.

Philipps (Antwerpen).

R. Lederer. *Über „Bronchotetanie", ein noch nicht beschriebenes Krankheitsbild der Spasmophilie.* (A. d. Kinderabt. d. Kaiser Franz Josef-Spitals in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, H. 1/2, S. 1.)

Um was es sich handelt, sagt der Autor selbst mit folgenden Worten: Bei spasmophilen Kindern werden, manchmal als selbständige Krankheit, manchmal gleichzeitig mit anderen Erscheinungen dieser Konstitutionsanomalie, die Bronchialmuskeln von einem tonischen Krampf befallen. Infolge dieses Krampfes kommt es zu einem Abschluß der von den betreffenden Bronchien (es handelt sich vor allem um die kleineren und kleinsten Äste) versorgten Alveolen von der äußeren Luft. Die in denselben befindliche Luft wird im Laufe des, manchmal nur kurze Zeit, manchmal aber wochenlang bestehenden Krampfes resorbiert, so daß die betreffenden Lungenpartien in größerer oder geringerer Ausdehnung atelektatisch werden. Ferner kommt es bei dieser Erkrankung in analoger Weise, so wie bei den Karpal- und Pedalspasmen Ödeme in denjenigen Hautpartien auftreten, die über den vom Krampf befallenen Muskelgruppen liegen, auch hier zu einem Austritt von Flüssigkeit aus dem Gewebe in das freie Lumen der Bronchien.

Derartige Fälle sah der Verf. unter 58 Spasmophilen 6mal = 10%. Aus dem klinischen Bild heben wir nur das Wichtigste hervor: Es sind neben den bekannten spasmophilen Symptomen Erscheinungen pathologischer Art seitens des Respirationstraktus: hochgradige Dyspnöe, Einziehungen am Thorax, außerdem größere Dämpfungsbezirke am Rücken oder über den Oberlappen mit hohem bronchialem Atmen, gelegentlich spärlichen Rasselgeräuschen, Knisterrasseln. Der Exitus erfolgte in allen Fällen des Verf., und zwar unter langsam zunehmender Verschlechterung der Atmung. Klinisch erweckte der Zustand das Bild einer Pneumonie, aber die Röntgenuntersuchung, der in solchen Fällen eine entscheidende Bedeutung zukommt, ergab eine Verschleierung gewisser Lungenfelder nach Art einer Atelektase. Diese röntgenologische Diagnose wurde durch die pathologisch-anatomische Untersuchung bestätigt.

Therapeutisch erwies sich Adrenalin wie Koffein als wirkungsvoll; auch die übliche Medikation mit Phosphorlebertran, Frauenmilch, Mehldiät usw. vermochte nicht den Exitus abzuwenden.

Birk (Kiel).

Blut und blutbildende Organe.

Nauta et **Loubet**. *Un cas de leucémie lymphatique aigue.* (Ein Fall von akuter lymphatischer Leukämie.) (Folia haematolog., 1913, Bd. XVI, p. 75.)

Das Bemerkenswerte an diesem Falle ist der Nachweis von Streptokokken im Blute und in den Organen, die nach den neueren Erfahrungen vielleicht nicht nur Begleiterscheinungen sind, sondern ätiologische Bedeutung haben können. Lehndorff (Wien).

G. A. Petrone. *Sull' etiologia dell' anemia splenica infantile con speciale riguardo all' importanza della sifilide e della tubercolosi.* (Über die Ätiologie der Anaemia splenica im Kindesalter mit besonderer Beziehung auf die Bedeutung der Syphilis und Tuberkulose.) (La Ped., XI, 1912.)

Verf., der schon in einer früheren Arbeit dieses Kapitel der kindlichen Pathologie behandelte, stellt sich in Gegensatz zu den Anschauungen Marfans und Hutinels über die vorwiegende Häufigkeit der Syphilis als Ursache der Anaemia splenica. Da nun ein anderer Autor (Di Cristina, La Pediatria, 1911) zu denselben Schlüssen gelangt ist wie die erwähnten französischen Autoren und ein anderer (Francioni, Riv. di clinica pediatr., 1912) sich dagegen Petrone anschloß, so veröffentlicht nun letzterer seine Untersuchungen über weitere 13 Fälle von Anaemia splenica, bei denen erbliche Syphilis nur in 3 Fällen nachgewiesen war. Verf. erblickt in diesen neuen Untersuchungen eine völlige Bestätigung seiner in seiner früheren Arbeit und in der Francionis niedergelegten Anschauungen, daß nämlich, besonders in Italien, Syphilis nur in der Minderzahl der Fälle als pathologisches Moment bei Anaemia splenica im Kindesalter eine Rolle spiele. Die für Anaemia splenica charakteristischen anatomischen Veränderungen weisen auf einen aktiven Prozeß hin, der nicht ein einfaches Resultat einer dystrophischen Vererbung sein kann, sondern offenbar die Folge einer fortgesetzten Tätigkeit toxischer und infektiöser Natur darstellt. In seinen Fällen war die Tuberkulinreaktion stets negativ. Was die tuberkulöse Infektion anbelangt, so ist ihr Auftreten in der Ätiologie der splenischen Anämie tatsächlich ein seltenes und dann scheint sie in diesen Fällen auch nur den Wert eines prädisponierenden Momentes zu besitzen, wie das bei mütterlicher Syphilis der Fall ist. Schlechte Ernährung und digestive Toxininfektionen können in gewissen Fällen als Ursachen der Krankheit angerufen werden.

Dotti (Florenz).

Dossin. *Le diagnostic et le pronostic et l'urémie, établis par les méthodes de laboratoire.* (Diagnose und Prognose der Urämie durch Laboratoriumsmethoden.) (Scalpel, 1913, 3. April.)

Lymphatischer Apparat.

W. Steuart. *The treatment of adenoids and enlarged tonsils without operation.* (Brit. med. Journ., 31. Mai 1912.)

Verf. hat eine größere Anzahl von Kindern mit adenoiden Wucherungen, vergrößerten Tonsillen und Drüsenschwellungen mit Röntgenstrahlen behandelt und berichtet über gute Erfolge; von 7 Fällen mit besonders hochgradigen Krankheitserscheinungen bringt er ausführliche Krankengeschichten. In manchen Fällen genügten 2 bis 3 Sitzungen. Erhebliche Verkleinerung sehr großer Tonsillen war nicht immer zu erreichen, wohl infolge starker fibröser Veränderungen, alle übrigen pathologischen Befunde und die klinischen Erscheinungen wurden aber günstig beeinflußt. Beschreibung der Technik. Eckhardt.

Hugh T. Ashby. *The cause of enlarged tonsils and adenoids in children and their treatment with lymphatic gland extract.* (Vorläufige Mitteilung.) (Brit. med. Journ., 31. Mai 1913.)

Verf. stellt die Theorie auf, daß bei jungen Kindern die Tonsillen sich vergrößern, weil Bedarf an Lymphozyten vorhanden sei, der von der normalen Menge von Lymphgewebe nicht gedeckt werden könne. Er hat nun von der Firma Burrough und Wellcome ein Lymphdrüsenextrakt herstellen lassen und hat in 30 geeigneten Fällen 3mal täglich 5g davon gegeben, und zwar mit gutem Erfolge: „die Tonsillen verkleinerten sich, das Schnarchen hörte auf"; unangenehm Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Eckhardt.

Berichte.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Sitzung vom 31. Oktober 1913.

1. **Schmincke** (a. G.): *„Pathologisch-anatomische Demonstrationen"*.

1. Unter Narbenbildung und Stenose ausgeheilte Salzsäureverätzung des Ösophagus bei einem 7 Jahre alten Mädchen. Tod an eiteriger Peritonitis nach Gastrostomie. Verätzung vor $^3/_4$ Jahren.

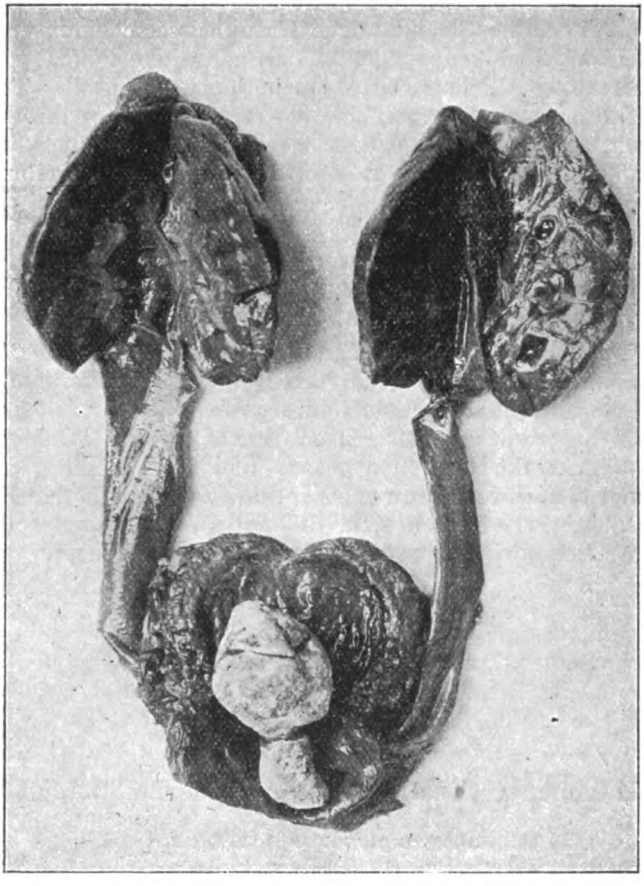
2. Unter Narbenbildung und Stenose ausgeheilte Laugenverätzung des Ösophagus bei einem 2 Jahre alten Mädchen mit spindeliger Erweiterung des Ösophagus zwischen je einer Narbe im oberen Dritteil des Ösophagus und oberhalb der Kardia. Tod an eitriger Peritonitis nach Gastrostomie.

3. 2 Fälle von Noma bei einem 1¾ Jahre alten Knaben und 5 Jahre 5 Monate altem Mädchen.

4. Schwere gangränescierende Diphtherie bei Scharlach. 6 Jahre altes Mädchen.

5. Übergang einer konfluierenden katarrhalischen Pneumonie des linken Unterlappens in ausgedehnte Abszeßbildung bei einem 1½ Jahre alten Kinde.

6. 2 Fälle von Struma congenita. Der eine von histologischem Typus der Struma parenchymatosa, der andere vom Typus der Struma teleangiectatica (Hesselberg).



7. Turmschädel infolge von Synostose der Sagittalnahe bei einem 1½ Jahre alten Mädchen, kombiniert mit Mikrozephalit. Schädelkapazität 710 cm³, Hirngewicht 695 g.

8. 2 Fälle von eitriger Meningitis: 1. ¾ Jahre altes Mädchen, epidemische (Weichselbaumsche) Form, rhinogen von katarrhalisch-eitriger Rhinitis aus. 2. 1 Jahr 7 Monate altes Mädchen diffuse eitrige Meningitis der Basis und Konvexität bei primärer katarrhalisch eitriger Bronchitis.

9. Ausgedehnte Stauungsblutungen im Hirn mit Haemocephalus externus bei einem 19 Monate alten Mädchen bei Thrombose fast sämtlicher Hirnsinus bei chronischer katarrhalischer und nodulärer Enteritis des Dünn- und Dickdarmes.

10. Aplasie der linken Niere und des linken Ureters bei einem 8 Jahre 2 Monate alten Mädchen. Kompensatorische Hypertrophie der rechten Niere. Tod an Durchwanderungsperitonitis bei ulzeröser Enteritis im Dünn- und Dickdarm.

11. 20 g schwerer Blasenstein (Phosphatstein) mit zapfenförmigem Fortsatz nach der pars prostatica der Harnröhre (cf. Bild). Maximale Erweiterung dieses Harnröhrenabschnittes, katarrhalische eitrige Zystouretropyelitis, doppelseitiger Hydroureter, Hydronephrose. Operation in Scharlachrekonvaleszenz durch suprasymphysären Blasenschnitt. Tod an Entkräftung. Schmerzen beim Wasserlassen und Steinbeschwerden seit dem ersten Lebensjahre.

12. Starke Erweiterung der Harnröhre, der Blase, der Ureteren, des Nierenbeckens bei Phimose bei ½ Jahre altem Knaben. Vortragender erwähnt die Häufigkeit derartiger Befunde bei Kindern mit Phimose.

13. 2 Fälle von schwerer Kontusion des Bauches infolge Unfall. Leber-, Milz-, Nierenruptur. Intraperitoneale Blutungen infolge Perforation einer ausgedehnten Hämorrhagie in die Duodenalwandung. 6 Jahre und 3 Jahre alter Knabe.

14. 2 Fälle von juveniler Zirrhose, 7 Jahre alter Knabe und 2¾ Jahre altes Mädchen; ätiologisches Moment: im ersten Falle Masern, im zweiten Falle chronische (noduläre) Enteritis.

15. Tuberkulöse Keilherde der proximalen Femurepiphyse bei 3½ Jahre altem Mädchen.

Diskussion: Hecker und Schmincke.

2. **Uffenheimer:** *„Der Stand der Heine-Medin schen Krankheit (epidemischen Kinderlähmung) in Bayern."* (Auf Grund der von der Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde veranstalteten Sammelforschung.)

Im Februar 1913 ging an sämtliche Ärzte des Landes ein Fragebogen hinaus, um den derzeitigen Stand der Heine-Medin-Epidemie festzustellen, welche (wenigstens nach den in München gemachten Erfahrungen) etwa im Mai—Juni 1912 begonnen hatte. Von den ausgesandten rund 3200 Fragebogen wurden 990 beantwortet; hievon waren 841 Fehlanzeigen; 54 Ärzte berichteten über Erfahrungen aus früheren Jahren und nur 95 über positive Beobachtungen aus der Berichtszeit. Insgesamt wurden für diese 248 Fälle angemeldet; nach Vornahme der notwendigen Reduktion für die doppelt gemeldeten Fälle (konsultative und Krankenhausbeobachtungen) ergaben sich als Mindestzahl noch 197 Krankeitsfälle. Deutlich ließen sich gewisse Zentren der Erkrankung wahrnehmen. Am schwersten betroffen war die schwäbisch-bayrische Hochebene; in Oberbayern gruppierten sich die Fälle vorwiegend um die Hauptstadt, in Schwaben waren sie besonders gehäuft in Bezirksamt Mindelheim. Merkwürdigerweise lokalisierte sich die Krankheit vorwiegend in den Städten; nur der Kreis Schwaben bildete eine Ausnahme von dieser Regel. Die Verfolgung des Ganges der Epidemie der Jahre 1912/13 zeigt, daß auch vorher schon deren Vorboten zu bemerken waren. Besonders die Sommer- (aber auch die Herbst-) Monate waren ihrer Weiterverbreitung günstig. Meist handelte es sich um Extremitätenlähmungen. In 17 Fällen trat die Krankheit ohne wahrnehmbare Lähmungen auf, 23mal wurden Gehirnlähmungen und 36mal Gehirnnervenlähmungen beobachtet. Gestorben sind 20 Kranke (unter ihnen allerdings zweifelhafte Fälle bei Erwachsenen). Unter geeigneten Bedingungen ließ sich die Infektiosität und Kontagiosität der Erkrankung mit aller Deutlichkeit nachweisen. Geschwistererkrankungen, mehrfache Erkrankungen im

gleichen Haus, Übertragungen von einem Zentrum aus wurden mehrfach gemeldet, sogar Spitalsinfektion wurde beobachtet. Gleichzeitige, anginöse, katarrhalische, fieberhafte Erkrankungen wurden von 13 Ärzten gemeldet, auch ein Postponieren oder Anteponieren solcher Erscheinungen wurde vermerkt. Die Möglichkeit der Infektion durch die Tierwelt wird mehrfach ventiliert. Eine Erkrankung soll sich beispielsweise an den Besuch eines zoologischen Gartens angeschlossen haben. Die Disposition zur Akquisition des Heine-Medins wird in mehreren Antworten behandelt. Im wesentlichen werden vorausgehende Infekte angeführt, ein paarmal auch konstitutionelle Erkrankungen. Schließlich wird noch einiges über den Weg der Krankheit und die Ursachen ihrer Verbreitung, über Form und Verlauf der Erkrankungen, über Differentialdiagnose und Therapie berichtet.

Die beamteten Ärzte, die ihrer Beteiligung an der Sammelforschung nach offenbar ein hohes Interesse an derselben nahmen, waren nicht selten über die in ihrer nächsten Umgebung vorgekommenen Erkrankungen an „Heine-Medin" gar nicht unterrichtet. „Will man aber aktiv die Verbreitung der Epidemie verhindern, so ist es durchaus nötig, daß der Amtsarzt, der ja in diesem Fall die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen hat, sofort vom Ausbruch einer solchen Krankheit unterrichtet wird — es ist also die Anzeigepflicht des „Heine-Medin" durchaus notwendig." (Erscheint in der Münchener med. Wochenschr.)

(Da für die letzten dem Vortrag vorausgehenden Monate fast keine Berichte über das Neu-Aufflammen der Epidemie mehr eingelaufen waren, waren eine Anzahl von Herren aus den gerade in dieser Zeit betroffenen Gebieten zum Vortrage eingeladen worden mit der Bitte, das Zahlenmaterial nach ihren Erfahrungen zu ergänzen. Dieser Einladung folgten Prof. Jamin, Erlangen und Hofrat Cnopf, Nürnberg.)

Diskussion: Jamin (Erlangen): In der Kinderklinik zu Erlangen und ihrer Ambulanz sind im vorigen Jahre 1912 frische Fälle von Heine-Medinscher Krankheit nicht zur Beobachtung gekommen. Es wurden uns zwar alljährlich einzelne Fälle von poliomyelitischer Lähmung vorgestellt, fast stets handelte es sich aber um Fälle im Lähmungszustande, deren Krankheitsbeginn um mehrere Monate zurück lag. Keine Beobachtung deutete auf eine epidemische Ausbreitung des Leidens in unserer Nachbarschaft. Erst im Frühjahr dieses Jahres 1913 wurden wir durch die Häufung relativ frischer Erkrankungsfälle erschreckt sowie durch die Berichte der Angehörigen solcher Kranken über ein angeblich in Südfranken beobachtetes seuchenartiges Auftreten akut einsetzender Kinderlähmungen. Seitdem sind aus verschiedenen Gegenden der uns benachbarten bayerischen Kreise Mittelfranken, Oberfranken und Oberpfalz neue Beobachtungen in einer früher nie verzeichneten Anzahl hinzugekommen, zum Teil aus naher Nachbarschaft Erlangens und die Ausbreitung scheint bis in die jüngste Zeit noch nicht zum Stillstand gekommen zu sein. In der Stadt Erlangen selbst sind bisher noch keine sicheren Fälle epidemischer Kinderlähmung beobachtet worden, weder von der Klinik noch von den ortsansässigen Ärzten. Vielleicht ist ein isolierter, poliklinischer Fall bei einem 12jährigen Knaben hierher zu rechnen, der nach vielwöchigem sehr schweren meningitischen Krankheitsbilde nach Art einer tuberkulösen Meningitis mit motorischer Aphasie und hohem Fieber, schwerster Kachexie zur Genesung mit Zurückbleiben einer Parese der linken Hand gekommen ist. Die Lumbalpunktion ergab klaren eiweißarmen Liquor mit wenig Lymphozyten. Über die in der Klinik beobachteten Fälle gaben nachstehende Tabellen Aufschluß:

		Tag der ersten Untersuchung	Heimat	Beginn der Krankheit	Bemerkungen
		Im Jahre 1911.			
1.	4jähr. Mädchen	3./7. 1911	Bruck bei Erlangen	Sommer 1910	Lähmung des rechten Beines.
2.	15monat. Knabe	21./7. 1911	Neumarkt i. O.	Januar 1911	Lähmung beider Beine.
3.	4jähr. Mädchen	21./8. 1911	Nürnberg	Herbst 1908	—
4.	4jähr. Mädchen	25./8. 1911	Nürnberg	Herbst 1908	Lähmung des rechten Beines.
5.	3jähr. Mädchen	28./9. 1911	Nürnberg	Herbst 1910	Lähmung des linken Beines.
		Im Jahre 1912.			
1.	12 wöchent. Mädchen	9./1. 1912	Egloffstein B. A. Forchheim	Ende 1911	—
2.	2jähr. Mädchen	15./1. 1912	Lauscha in Thüringen	Herbst 1911	Lähmung beider Beine.
3.	2jähr. Mädchen (Zwillingsschwester der vorigen)	15./1. 1912	Lauscha in Thüringen	Herbst 1911	Lähmung beider Beine.
4.	3 ½jähr. Mädchen	14./2. 1912	Nürnberg	Hersbt 1910	Lähmung des linken Beines.
		Im Jahre 1913.			
1.	4jähr. Mädchen	28./4. 1913	Arzberg	Mitte April	Lähmung des linken Beines.
2.	3jähr. Knabe	26./5. 1913	Forth bei Erlangen	21. Mai 1913	Lähmung sämtl. Extremitäten, der Blase u. d. Mastdarmes.
3.	1jähr. Mädchen	20./6. 1913	Weißenburg i. B.	Ende Mai 1913	Lähmung des linken Armes und beider Beine.
4.	3jähr. Mädchen	24./6. 1913	Bamberg	Ende April 1913	Lähmung des rechten Beines u. d. Bauchmuskeln.
5.	1 ½jähr. Mädchen	3./7. 1913	Weißenburg i. B.	Anfang Juni 1913	Parese des linken Armes und beider Beine.

		Tag der ersten Untersuchung	Heimat	Beginn der Krankheit	Bemerkungen
			Im Jahre 1913.		
6.	1jähr. Mädchen	2./9. 1913	Reichelsdorf	Anfang August 1913	Lähmung der linken Schulter u. des linken Fazialis.
7.	2jähr. Knabe	17./9. 1913	Buch	Ende August 1913	Parese im linken Bein.
8.	1jähr. Knabe	18./9. 1913	Nürnberg	Mitte August 1913	Parese im rechten Fazialis, Arm und Bein und Bauchmuskeln.
9.	5jähr. Mädchen	29./9. 1913	Burghaslach	Anfang September 1913	Parese im rechten Arm u. Bein
10.	3jähr. Knabe	4./10. 1913	Saarmühle b. Forchheim	Anfang August 1913	Lähmung beider Beine.
11.	1jähr. Mädchen	24./10. 1913	Döckingen b. Gunzenhausen	Mitte September 1913	Lähmung des rechten Beines.
12.	2jähr. Mädchen	5./11. 1913	Suffenheim b. Weißenburg i. B.	Anfang September 1913	Lähmung des linken Beines.
13.	10jähr. Knabe	5./11. 1913	Hüttendorf b. Herzogenaurach	30. Oktober 1913	Meningismus Parese im rechten Bein.
14.	2½jähr. Mädchen	10./11. 1913	Kemnathen b. Feuchtwangen	Ende Juli 1913	Lähmung des linken Beines.
15.	1jähr. Knabe	18./11. 1913	Obermichelbach	24. August 1913	Lähmung der Rückenmuskeln u. des rechten Beines.

Aus den von den Eltern mitgeteilten Vorgeschichten war außer im Falle 13 niemals ein Anhaltspunkt über die Einschleppung der Infektion zu ermitteln. Die Kinder waren fast ausnahmslos erst im Lähmungsstadium in ärztliche Behandlung gekommen. Die ersten Krankheitserscheinungen waren meist gar nicht beachtet worden, doch wurde verschiedentlich über Schweiße, Steifigkeit und große Schmerzhaftigkeit im Beginne des Leidens berichtet. Nur beim Falle 13, der frühzeitig vom behandelnden Arzte, Dr. Rottler in Erlangen, erkannt und eingewiesen worden war, berichtete der Vater, daß zirka eine Woche vor Beginn des Leidens ein Schwesterchen auch eine kurze, an Gehirnhautentzündung erinnernde fieberhafte Krankheit durchgemacht hatte, die rasch ohne Folgen geheilt war, und daß kurz vorher ein anderes Kind im gleichen Orte unter ähnlichen Erscheinungen gestorben war. Die Lumbalpunktion in diesem durch Opistotonus, Kernig und Rückenmuskelspannung bei einseitig fehlendem Patellarreflexe ausgezeichneten Fall ergab Drucksteigerung und erhöhten Gehalt an Eiweiß, Lymphozyten und Endothelien im klaren nur leicht gelblich getönten Liquor cerebrospinalis. Nach der Punktion trat in wenigen Tagen Besserung ein; auch der Patellarreflex kehrte auf der kranken Seite in abgeschwächtem Grade wieder.

Aus unseren Beobachtungen war zu entnehmen, daß unsere Nachbarschaft gerade im Jahre 1912 noch frei von frischen Fällen war, daß dagegen in Mittel- und Oberfranken seit April dieses Jahres 1913 ein epidemisches Auftreten der Heine-Medinschen Krankheit nicht zu verkennen war. Um über diese jüngste Epidemie und ihre Ausbreitung eine bessere Übersicht zu gewinnen, habe ich Ende Oktober an sämtliche Bezirksärzte der Kreise Unterfranken, Mittelfranken, Oberfranken und Oberpfalz eine Rundfrage mit Fragebogen gerichtet. Die Antworten sind zum Teil noch zu Anfang November nach der Sitzung der Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde vom 31. Oktober dieses Jahres eingelaufen. Wenn auch in der nachstehend mitgeteilten Zusammenstellung gewiß nicht alle Krankheitsfälle erfaßt worden sind, zumal da es in der kurzen Zeit den Herren Amtsärzten nicht möglich war, bei allen beteiligten Ärzten Auskünfte einzuholen, so geben diese Berichte doch einigermaßen ein Bild von der Ausdehnung der Epidemie in jüngster Zeit, soweit sie durch die Sammelforschung der Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde nicht mehr erreicht werden konnte. Allen Herren Kollegen, die mich durch ihre Mühewaltung zur Beschaffung dieses Materiales unterstützt haben, möchte ich auch an dieser Stelle für ihre bereitwillige Auskunft verbindlichst danken.

Von 78 Anfragen sind 15 bis zum 18. November 1913 unbeantwortet geblieben. In der nachstehenden Tabelle sind nur diejenigen Orte angeführt, aus denen ein Bericht oder eine Fehlanzeige eingelaufen ist. Aus einigen Ämtern ist ein Bericht für später in Aussicht gestellt worden, der möglicherweise bei anderer Gelegenheit Verwertung finden wird. Es sind nur sichere Fälle von epidemischer Kinderlähmung aufgenommen worden. Da es sich fast ausschließlich um Beobachtungen im Lähmungsstadium handelt, habe ich die Aufnahme der kasuistischen Einzelheiten unterlassen. Abgesehen von einigen Fällen mit bulbären Lähmungen und mit meningitischen Erscheinungen im Beginn des Leidens handelt es sich um typische Fälle spinaler Poliomyelitis. Von ärztlich beobachteten Todesfällen sind nur 3 aus Nürnberg und 6 aus Parsberg bekannt geworden.

Fälle von Heine-Medinscher Krankheit im Jahre 1913.

Amtsbezirk	Zahl der Fälle	Zeitpunkt des Beginns der Erkrankungen	Bemerkungen
Oberfranken.			
Bezirksamt			
Bamberg Stadt .	0		
Bamberg Land .	0		
Bayreuth	0		
Berneck	0		
Ebermannstadt .	2	Mai und November	in Birkenreuth und Wannbach
Forchheim. . . .	3	März und Juli	1 in Gosberg (aus Ebermannstadt gemeldet), 2 in Wiesenthau
Höchstadt a. A. .	0		
Hof	1	?	nach privater Mitteilung
Kulmbach . . .	0		
Münchberg . . .	0		
Naila	3	?	in Naila, Selbitz und Schwarzenbach
Pegnitz	1	Oktober	in Morschreuth (aus Ebermannstadt mitgeteilt)
Stadtsteinach . .	0		
Staffelstein . . .	0		
Teuschnitz . . .	0		
Gesamtzahl . .	10		
Mittelfranken.			
Eichstätt . . .	0		
Erlangen	0		
Feuchtwangen . .	0		
Fürth	15	Mai bis September	
Gunzenhausen . .	0		
Hersbruck . . .	0		
Lauf	0		
Neustadt a. A. .	0		
Nürnberg Stadt .	45	Februar bis Oktober	3 Todesfälle
Nürnberg Land .	0		

Amtsbezirk	Zahl der Fälle	Zeitpunkt des Beginns der Erkrankungen	Bemerkungen
Rothenburg o. T.	0		
Scheinfeld . . .	0		
Schwabach . . .	24	Mai bis Oktober	in Schwabach, Büchenbach, Georgensgmünd, Rittersbach, Mäbenberg (2 Fälle im Juni), Unterstein- und Oberstein-bach (4 Fälle im April und Mai), Oberreichenbach, Unterreichenbach, Reichels-dorf, Kapsdorf, Volkersgrau, Roth, Mühlhof
Uffenheim . . .	0		
Weißenburg i. B.	7	Mitte Mai bis Anfang Oktober	in Weissenburg und Niederhofen
Gesamtzahl . .	91		
Unterfranken.			
Ebern	0		
Gemünden . . .	0		
Hammelburg . .	0		
Hassfurt	0		
Hofheim	0		
Karlstadt a. M. .	0		
Kissingen . . .	0		
Kitzingen	13	?	in Albertshofen (3), Bibergau (1), Euerfeld (1), Neuses (2), Schemau (1), Wertheim (1)
Lohr	0		
Marktheidenfeld .	0		
Mellrichstadt . .	1	Oktober	in Leubach (Lehrerwohnung)
Miltenberg . . .	0		
Obernburg . . .	0		
Ochsenfurt . . .	0		
Würzburg	4	August und September	aus der chirurgischen Poliklinik
Gesamtzahl . .	18		
Oberpfalz:			
Amberg	0		
Beilngries	0		

Amtsbezirk	Zahl der Fälle	Zeitpunkt des Beginns der Erkrankungen	Bemerkungen
Burglengenfeld .	0		
Cham	3	Sommer	in Furth, i. W. Balbersdorf, Sattelpeilnstein
Eschenbach . . .	10	August bis Oktober	in Auerbach, Grafenwöhr, Kirchentumbach („die Krankheit wurde von Auerbach durch eine Frau nach Kirchentumbach verschleppt; hier blieb es bei dem einen Fall")
Kemnath	0		
Nabburg	0		
Neumarkt i. O. .	0		
Neustadt a.d.W.N.	0		
Oberviechtach . .	0		
Parsberg	11	Ende Juni bis Mitte September	in Pittmannsdorf, Haag, Hemau, Berletzhof. 6 Todesfälle
Regensburg . . .	0		im Jahre 1912 wurden 3 Fälle in einem Vororte beobachtet
Riedenburg . . .	0		
Roding	0		
Stadtamhof . . .	0		
Sulzbach	0		
Tirschenreuth . .	0		
Vohenstrauß . .	0		
Waldmünchen . .	0		
Gesamtzahl . .	24		

Weitaus am stärksten war Mittelfranken befallen, wo sich die Epidemie anscheinend entlang der großen Verkehrswege von Nürnberg über Roth, Schwabach, Weissenburg verhältnismäßig rasch im Frühjahr dieses Jahres ausgebreitet hat und sich über die nächstgelegenen Dörfer verteilte. Erst im Spätherbste sind neue Ausläufer gegen Herzogenaurach und Ebermannstadt hin aufgetreten. Rechnet man die Fälle Nürnbergs ab, über die gesondert berichtet wird, so ergeben sich 46 Fälle für Mittelfranken. Von diesen sind 3 Fälle auch unter den Beobachtungen der Kinderklinik verzeichnet. Nächst Mittelfranken weist die Oberpfalz (24) die meisten Fälle auf, vorwiegend bedingt durch die örtlichen Epidemien in Eschenbach (10) und Parsberg (11), während ein weiter Teil noch ganz unberührt zu sein scheint. Von Unterfranken (18) fällt nur die

verhältnismäßig große Zahl der Erkrankungen in Kitzingen (13) auf, das an der Hauptbahnlinie Würzburg-Nürnberg gelegen ist. Sonst sind anscheinend auch dort noch weite Gebiete, namentlich im Norden, unbeteiligt geblieben. Zählt man die Beobachtungen der Kinderklinik Erlangen (12), soweit sie nicht in den Mitteilungen der Amtsärzte wiedervorkommen, hinzu, so ergibt sich — Nürnberg abgerechnet — für die vier nördlichen Kreise des rechtsrheinischen Bayern eine Gesamtzahl von 110 Fällen, einwandsfrei beobachteter Heine-Medinscher Krankheit im Jahre 1913, die sich vorwiegend auf kleine Städte und benachbarte Landgemeinden verteilen.

Von unseren Kranken in der Klinik konnten wir feststellen, daß sie durchwegs aus gesunden, nicht neuropathisch belasteten Familien stammten und selbst vor dem Leiden gut entwickelt und frei von nervösen Störungen gefunden waren. Fast in allen Familien wurden Haustiere, besonders Hühner gehalten, oder es war, auch in den Städten, ein Hühnerhof in der Nachbarschaft, der gelegentlich von den Kindern besucht werden konnte. Doch war über Krankheiten unter den Haustieren nichts zu ermitteln. Auch die amtsärztlichen Mitteilungen ergeben in dieser Hinsicht wenig Anhaltspunkte. Vom k. Bezirkstierarzt in Schwabach liegt eine Mitteilung vor, daß in einem Stalle in Limbach (Bahnhaltestelle im B. A. Schwabach) Ende August Geflügellähme beobachtet wurde, ferner im gleichen Bezirksamt bei Pferden und Kühen plötzlich auftretende Lähmungen, die zur Schlachtung der Tiere führten und auffallend häufig in jeder Woche einige Fälle von Euterentzündung, die mit hochgradigen Störungen der Bewegungsfähigkeit einhergingen und Notschlachtungen veranlaßten.

Besonders bemerkenswert erscheinen die Mitteilungen des Dr. Herrmann über die Epidemie in Parsberg. Dort hat sich die Epidemie in 11 Fällen (7 männlichen, 4 weiblichen, Alter 1½ bis 5 Jahre) nach dem Verlauf der Haupt- und Verkehrsstraße zeitlich nacheinander über folgende Orte erstreckt: Pittmannsdorf, Thonhausen, Haag, Hemau, Berletzhof, Hemau. „Unter den 11 Fällen waren 2 mit meningitischem Bilde, 2 larvierte Fälle (gleichzeitige Erkrankung, Fieber, Erbrechen, Unruhe, plötzliches Aufschreien ohne Lähmungsfolgen). 1 Fall nur mit Erkrankung der Nackenmuskeln, 1 Fall mit Lähmung der Rückenmuskulatur, 1 Fall von Hemiplegie. Bei einigen Fällen Beginn oder Begleiterscheinungen mit katarrhalischen Veränderungen der Respirationsorgane; 1 Fall mit Sphinkterenlähmung. Bei einem Falle mit nachfolgender Nackenmuskellähmung starkes Anschwellen der Halslymphdrüsen; einige Zeit vorher angeblich Mumps. Dieser Fall und gleichzeitig ein zweiter (mit spinaler Lähmung) traten in Haag in zwei benachbarten Häusern auf. Vor ¾ Jahren hielten hier in einem Falle die Eltern des gelähmten Kindes eine gelähmte Henne mit den übrigen Hühnern in der Wohnstube (wie auf dem Lande häufig üblich).

In 4 Fällen waren gleichzeitig Tierlähmungen (von Hühnern) und Umgang mit den kranken Tieren nachzuweisen. In 1 Falle in Berletzhof (einem Gütleranwesen) wurden die Hühner in der Stube gehalten, wovon 6 Stück Lähmungen aufwiesen. Die Kinder spielten mit den Tieren und pflegten sie, nahmen sie ins Bett (hier 2 Erkrankungen mit spinalen Lähmungen).

Hier befindet sich ferner ein 6jähriges Mädchen, das schon vor 4 bis 5 Jahren an spinaler Kinderlähmung erkrankte und an deren Folgen noch stark leidet.

In Berletzhof herrschte angeblich gleichzeitig in mehreren Häusern eine Hühnerkrankheit; die Tiere konnten nicht mehr gehen, wackelten, gingen auch oft ein.

Vor 1 Jahr herrschte im Hemauer und Riedenburger Bezirk nach Angabe des hiesigen Distriktstierarztes eine ähnliche Krankheit unter den Pferden, mit vielen Lähmungen; etwa 30 Pferde gingen ein.

In 3 Häusern erkrankten je 2 Kinder, von denen 4 starben (2 in Hemau, 2 in Pittmannsdorf). Außerdem starb ein Kind in Thonhausen (mit zerebralen Erscheinungen) und ein weiteres in Pittmannsdorf. Unter 11 Krankheitsfällen 6 Todesfälle. Seit Ende September ist mir kein weiterer Erkrankungsfall bekannt geworden."

Derartige Beobachtungen legen immerhin die Vorsichtsmaßregel nahe, in gefährdeten Zeiten die Kinder von der Beschäftigung und dem Zusammenleben mit Tieren fernzuhalten.

Es sei mir gestattet, noch auf eine Beobachtung hinzuweisen, die sich uns in diesem Sommer aufgedrängt hat. Das ist das ungewöhnlich massenhafte und auch zeitlich besonders ausgedehnte Auftreten der Stechfliege, auch Wadenstecher genannt, Stomoxys calcitrans. Diese unterscheidet sich von der gemeinen Stubenfliege — Musca domestica — dadurch, daß sie mit einem Stechrüssel bewehrt ist. Sie gehört zu den blutsaugenden Dipteren und ist der Tsetsefliege und der Glossina palpalis, der Überträgerin der Schlafkrankheit, verwandt. Rosenau sowie Anderson und Frost (Lancet, 30. November 1912) haben mit Erfolg versucht, durch zahlreiche Stomoxynen die Poliomyelitisinfektion von erkrankten Affen auf gesunde übertragen zu lassen. Es ist auch nicht zu verwundern, daß ein blutsaugendes Insekt eine Infektion aus den Blut- und Lymphwegen von einem Individuum auf ein anderes zu übertragen vermag. Fraglich ist es nur, ob diese Übertragung häufiger vorkommt und ob die Infektion in der Fliege sich längere Zeit zu erhalten vermag. Jedenfalls wäre bei Versuchen dieser Art genau auf die Spezies der verwendeten Fliegen zu achten und eventuell die Erkrankungsmöglichkeit des Tieres selbst näher zu berücksichtigen. Prof. Dr. E. Hermann in Erlangen, ein erfahrener Dipterologe, hat mir berichtet, daß ihm — ohne daß er von diesen Beziehungen der Stomoxys zur Kinderlähmung Kenntnis hatte, in diesem Jahre aufgefallen ist, daß die Stomoxys schon besonders früh im April zur Beobachtung kam, und zwar in auffallend großer Zahl, daß sie offenbar in einer größeren Reihe von Generationen aufgetreten ist und sich ungewöhnlich lange und stechlustig bis in den Spätherbst hinein erhalten hat. Wir haben sie hier massenhaft in allen Privatwohnungen gefunden und ich habe sie auch in München mitten in der Stadt wieder zahlreich angetroffen. Sie soll sich sonst mehr in der Nähe von Stallungen aufhalten. Erst seit Ende Oktober ist sie nicht mehr so zahlreich hier zu sehen. (Demonstration.)

Nächst der Übertragung durch erkrankte Haustiere, der Möglichkeit einer Übertragung durch Stechfliegen und Parasiten kommt die Verschleppung durch gesunde Menschen als Infektionsträger oder durch unmerklich Erkrankte in Betracht. In dieser Hinsicht hat die letzte Epidemie keine bestimmte Aufklärung gebracht, weil uns der sichere Nachweis der spezifischen Infektion fehlt. Die Übertragungsversuche auf Affen sind wegen der Kostspieligkeit nicht allseits möglich und in der derzeit möglichen Ausführung auch nicht absolut zuverlässig. Auch die rechtzeitige Ermittlung der **akuten** Krankheitsfälle ist in der Allgemeinpraxis durch die großen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten sehr behindert: die häufigen Meningismen und leichteren meningitischen Reizzustände bei Pneumokokkeninfektionen, bei Mumps, bei vielen Infektionskrankheiten, ja, auch bei der Kolipyelitis können, wie sich aus eigenen Erfahrungen und aus den Mitteilungen der auswärtigen Ärzte bestätigen läßt, zu Irrtümern führen, auch wenn bakteriologische Untersuchungen des Rachensekrets und Lumbalpunktionen ausgeführt werden können. Durch diese kann die

eiterige und tuberkulöse sowie die Meningokokkenmeningitis ausgeschieden werden. Die rachitische Pseudoparalyse, der Gelenkrheumatismus, die Barlowsche Krankheit werden nur in Einzelfällen Schwierigkeiten schaffen. An mehreren unserer Fälle wurde anfangs die Diagnose auf Lungen- oder Rippenfellentzündung gestellt.

Eine Bekämpfung der epidemischen Kinderlähmung in unseren Gegenden kann erst angebahnt werden, wenn über das Auftreten von Seuchenherden möglichst bald Aufschluß gewonnen wird. Dazu wäre zu wünschen:

1. Die allgemeine Einführung der Anzeigepflicht für die epidemische Kinderlähmung (Heine-Medinsche Krankheit, Poliomyelitis anterior acuta).

2. Weitgehende Aufklärung der beteiligten Faktoren (Ärzte, Kinderschulen, Schulen, Krippenanstalten usw.) über die Formen der Krankheit im akuten Stadium, über die Übertragungsweise und die zweckmäßigen Maßnahmen zur Vorbeugung und Behandlung, eventuell durch Herausgabe und Versendung eines neuen vollständigen Merkblattes.

3. Ausstattung der bakteriologischen Untersuchungsanstalten zur Vornahme einschlägiger bakteriologischer und experimenteller Untersuchungen von Blut, Sekreten und Lumbalpunktaten.

Cnopf, Nürnberg: Die referierten Fälle beziehen sich auf den Zeitraum von etwa Mitte Juli 1913 bis zu Ende Oktober; vor dieser Zeit waren in Nürnberg nur vereinzelte Fälle zur Beobachtung gekommen. In der zweiten Hälfte Juli stellten sich in kurzer Zeit 5 Fälle von frischer Heine-Medinscher Krankheit vor, was zu einem Bericht an den Amtsarzt und zur Einführung der obligatorischen Anzeige Veranlassung gab.

In diesem Zeitraume wurden — laut Meldung — in Nürnberg 56 Fälle beobachtet, denen Referent noch einige ältere und auswärts (konsultativ) beobachtete anfügen kann, in Summa 62.

Von diesen standen 20 männliche und 27 weibliche = 47 (75·8%) im 1. bis 4. Lebensjahre, 8 männliche und 5 weibliche = 13 (20·9%) im 5. bis 10. Lebensjahre; 2 Patienten (3·2%) waren erwachsene Männer. Drei (= 4·8%) Erkrankte starben, und zwar sämtlich an Übergreifen der Lähmung auf die Atmungsmuskulatur.

Was die Verbreitungsweise und Übertragbarkeit der Erkrankung anlangt, so fallen auf eine Familie 2 Erkrankungen (allerdings mit einer Zwischenpause von mehreren Monaten), bei 2 anderen Fällen erkrankte gleichzeitig ein Geschwister fieberhaft ohne Lähmung und ausgeprägte Krankheitssymptome. In 4 Fällen waren die Erkrankten kurz zuvor mit einem andern Falle von H.-M. zusammen gewesen. In einem Falle scheint Übertragung von einem ärztlich nicht beobachteten Fall vorübergehender Lähmung auf einen Fleischersohn und von diesem Falle aus Übertragung auf das Kind einer nahestehenden Familie, die ihr Fleisch aus dem verseuchten Hause bezieht, zu bestehen; einmal 2 Fälle in einem Hause! Was die Verteilung der Fälle über das Stadtgebiet anlangt, so ist die Altstadt sehr wenig beteiligt, die Fälle verteilen sich mehr auf die Peripherie; eine gewisse Häufung liegt vor in der Gegend des Stadtparkes und in der Nähe der Rosenau, 2 beliebte Spielplätze für Kinder.

In 2 Fällen wird Verkehr mit dem Hausgeflügel als mögliche Infektionsquelle angegeben, ohne daß jedoch lähmungsartige Erkrankungen oder ungewöhnliches Stechen bei demselben zur Beobachtung gekommen wäre; dagegen wird aus Fürth, dessen Zahlen später folgen, bei 2 Fällen von H.-M. mitgeteilt, daß in dem einen Anwesen zahlreiche junge Enten und Kaninchen wegen Lähmungen getötet werden mußten und in einem 2. Falle Hühner im Hause an Lähmung eingegangen seien.

Die beobachteten Fälle zeigten 52 mal den reinen spinalen Typus, 1 Fall von Landryscher Paralyse, 2 meningitische, 2 bulbär-pontine Formen und der Rest bulbär-pontine + spinale. Aus Fürth meldeten 8 Ärzte 18 Fälle an; darunter 2 Fälle mit Beteiligung von Gehirnnerven, von denen einer tödlich verlief. 2 von den Fällen fallen auf das gleiche Haus. Ein zweifelhafter, nicht mitgezählter Fall zeigte während einiger Tage Parese und Empfindlichkeit eines Beines; bei 2 Frauen (ebenfalls nicht mitgerechnet) kamen akute Fazialislähmungen (ob spezifischer Natur?) zur Beobachtung.

Klar: Die Uffenheimersche Statistik bedarf jetzt insofern dringender Ergänzung, als zurzeit in der Pfalz und am Mittelrhein eine große Epidemie von Heine-Medin zu herrschen scheint. Ich habe selbst zurzeit 9 Fälle in Beobachtung und Behandlung; alle sind aus dem Jahre 1913, also frisch, und alle bei Kindern unter 4 Jahren. 1 Fall stammt aus einem Dorfe bei Schongau (Briefträgerskind), 1 Fall aus einem Dorfe bei Amberg, 1 Fall aus der Bergmannstraße, 1 Fall aus der Katzmeierstraße, 2 Fälle aus der Schleißheimerstraße, aus demselben Hause und aus demselben Stockwerke, 1 Fall aus der Georgenstraße (sehr leichter Fall, der weder von Hausarzt noch von einem konsultativ zugezogenen Chirurgen erkannt worden war) und 2 Fälle aus der Clemensstraße; ich glaube wohl, daß ein Teil der Fälle mit der vorjährigen Schwebinger Epidemie zusammenhängt.

Med.-Rat Henkel:

Vom amtsärztlichen Standpunkt ist das Entscheidende für die Einführung der Anzeigepflicht einer Krankheitsart die Übertragbarkeit.

Nachdem heute von mehreren Seiten eine solche bei der Heine-Medinschen Krankheit festgestellt und begründet wurde, ist eine Anzeigepflicht jedes Erkrankungsfalles zu befürworten.

Diese könnten für das ganze Königreich durch die Staatsregierung in Ergänzung der Ministerial-Bekanntmachung vom 9. Mai 1911, gegebenenfalls auch für einzelne Bezirke, wie München (in ähnlicher Weise wie früher für Scharlach und Diphtherie), mit Genehmigung der Regierung in Kraft treten.

Weiterhin sprachen zur Diskussion die Herren Ibrahim, Hecker, v. Pfaundler, Keck und Uffenheimer.

Einstimmig angenommen wurde der Antrag Uffenheimer: es wolle durch das Ministerium des Innern **generell** die Anzeigepflicht der Heine-Medinschen Krankheit (Poliomyelitis anterior, epidemische Kinderlähmung) für ganz Bayern eingeführt werden.

Ebenso der Antrag v. Pfaundler: Die bakteriologischen Untersuchungsanstalten des Königreichs mögen mit dem zur tierexperimentellen Untersuchung eingesandten Materials erforderlichen Rüstzeug ausgestattet werden.

v. Pfaundler regt an, es möge die Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde ihre Tätigkeit insofern ausdehnen, als von ihr gelegentlich auch an anderen Städten wissenschaftlicher pädiatrischer Produktion des Königreiches Versammlungen mit Vorträgen und Demonstrationen veranstaltet werden. Es müßten sich zu diesem Behufe in Nürnberg, Erlangen, Würzburg usw. lokale Komitees bilden, die sich mit Vorschlägen zu gemeinsamen Sitzungen an den genannten Orten oder in München an die Vorstandschaft der Gesellschaft zu wenden hätten.

Sitzung vom 28. November 1913.

1. **Goett:** *„Ein Fall von nahezu ausschließlicher Milchernährung bis ins 13. Lebensjahr."*

12½jähriger Knabe, der — angeblich aus Furcht vor Würgreiz und Erbrechen — sein Leben lang keine feste Nahrung zu sich ge-

nommen hatte, sondern trotz aller Versuche und Bemühungen der Eltern lediglich Milch mit gut verkochtem Brod und Ei aus der Saugflasche zu sich nahm. Da somatische Ursachen nicht zu finden waren, wurde trotz im übrigen einwandfreien psychischen Verhaltens der Zustand als psychogen angesehen und psychotherapeutisch beeinflußt.

Heilung. Die somatischen Folgeerscheinungen des „Nährschadens" bestanden in sehr beträchtlicher Anämie (33% Hämagl.), Untermaßigkeit, Meteorismus, anämischer Herzdilatation, starker Zahnsteinbildung; die psychischen in gedrückter Stimmung und Reizbarkeit. Die kalorisch überreichliche Ernährung (Energiequotient 88 bis 100!) dürfte vor allem durch die abnorm geringe Eisenzufuhr (pro Tag nur soviel Eisen, als in 50 g Spinat enthalten ist) geschädigt haben. Die Magenform im Röntgenbild entsprach trotz der Säuglingsernährung derjenigen des älteren Kindes.

Diskussion: Rommel: Ich sah vor einiger Zeit einen ähnlichen Fall, wenn auch nicht so ausgesprochen wie der des Herrn Goett, der wohl ein Unikum ist. Einziges 3jähriges Kind, Vater Diabetiker, inzwischen gestorben. Mutter Neuropathin. Ich sah das Kind zum ersten Male gelegentlich einer akuten Darmstörung. Das Kind hatte bis zu seiner Erkrankung nie etwas „Festes" zu sich genommen, nur Milch- beziehungsweise dünnen Nestlebrei durch die Flasche. Auch in der Rekonvaleszenz war das Kind nicht zu bewegen, feste Kost zu sich zu nehmen, kaute schlecht, brachte keinen Bissen herunter, erbrach. Durch einen Milieuwechsel gelang es bei Anstaltsbehandlung in diesem Fall durch eine leichte Hungerkur und durch Überrumpelung das Kind zur Aufnahme fester Nahrung zu bringen. Das Kind konnte nach zirka 2 Monaten mit einem Gewichtszuwachs von 6 kg entlassen werden. Die Fälle gehören wohl zu der Kategorie der „Nutritionshysteriker", wie sie Hochsinger nennt.

v. Pfaundler plaidiert für ein schonendes und vorsichtiges, nicht aber gewaltsames Vorgehen bei der Behandlung der psychogenen Zustände im Kindesalter und gibt dem Vortragenden vollständig recht, daß man auf erstere Weise mindestens ebenso Günstiges erzielt und mancherlei Unzukömmlichkeiten, namentlich Mißerfolge, die einem das Vertrauen der Patienten verscherzen, vermeidet.

Uffenheimer stellt die Frage zur Diskussion, ob es sich im vorliegenden Falle nicht um einen Eiweißnährschaden handelt. (Goett sprach von einem „Milchnährschaden" im weiteren Sinne als dem klinischen Ergebnis der unzweckmäßigen Ernährung.) Es fallen hier aber etwa 16 bis 17 Kalorien von 88 auf das Eiweiß, also etwa 20%. Das ist viel zu viel! Das Brustkind, das noch so viel Körper aufzubauen hat, bestreitet nur 7·5% des Kaloriengehaltes vom Nahrungseiweiß. Die isodyname Vertretbarkeit der einzelnen Nahrungsstoffe hat aber, insbesondere im kindlichen Alter, nur in recht engen Grenzen Geltung. Und außerdem muß man noch die „spezifisch-dynamische" Wirkung des Eiweißeis (Rubner) in Betracht ziehen. Was über einem bestimmten Bedarf dem Körper an Eiweiß zugeführt wird, verbrennt zu einem nicht unwesentlichen Teil nutzlos im Organismus. Man kann demnach wohl von einem richtigen Eiweißnährschaden sprechen Ist in vorliegendem Fall, der so viele Jahre die Saugflasche zur Nahrungsaufnahme benutzt hat, ein Lutschgebiß beobachtet worden?

Goett (Schlußwort): Den Fall als „Eiweißnährschaden" aufzufassen, steht an sich nichts im Wege. Der ganze Zustand erklärt sich aber meines Erachtens einheitlicher, wenn man die Eisenkarenz als das hauptsächlich schädigende Moment betont.

2. **v. Pfaundler** demonstriert:

Ein 8½monatiges Kind von starker Körperfülle mit leichter Mikrobrachyzephalie, Mikromelie, atonischer Parese von Hals-, Schulter- und Rumpfmuskeln, vermindertem Gebrauche der unteren Gliedmaßen, kraftlosem Husten, auffallend geringer Reaktion auf schmerzhafte und auf psychische Reize, das, auf die Beine gestellt, vollständig zusammenknickt, in den Schultern nachgibt und den Kopf hängen läßt. Die Reflexe sind bis auf die abgeschwächten Bauchdeckenreflexe normal, die elektrische Untersuchung ergibt keine höhergradige Störung. Die Sehfunktion ist mindestens nicht erloschen.

Es wird erörtert, was differentialdiagnostisch in Frage kommt: Myatonie Oppenheim, Werdnig-Hoffmann, Förstersche abasisch-atonische Zerebrallähmung. Diese Zustände lassen sich ausschließen. Es handelt sich um das Frühstadium einer amaurotischen Idiotie nach Tay-Sachs, was namentlich durch den äußerst charakteristischen Augenspiegelbefund, ferner durch die Beobachtung des nächstälteren Geschwisters bestätigt wird. Letzteres hatte in gleichem Alter ähnliche Erscheinungen dargeboten, war später mehr und mehr rigide und spastisch geworden und endlich unter meningozerebralen Erscheinungen im 17. Lebensmonate gestorben. Die Eltern sind Geschwisterkinder semitischer Nation. Die Bewegungsstörung in dem prä-amaurotischen und prä-idiotischen Stadium der Krankheit wird ausführlicher geschildert.

v. Pfaundler demonstriert ein 1jähriges Kind mit einer Fülle von kongenitalen Mißbildungen, wie Kyphoskoliose, Trichterbrust, Hackenfuß und Plattfuß, Herzfehler. Das Kind ist und war immer beträchtlich übermaßig (zurzeit 76 cm Körperlänge), an Hand und Fußwurzel ist die Ossifikation so weit vorgeschritten, wie bei einem mindestens Dreijährigen; die Gesichtszüge sind eigentümlich greisenhafte, Kinn und Nase stark vorspringend, das äußere Ohr ist groß und völlig weichlappig ohne merkliche Knorpeleinlagerung; der Mons Veneris ist stark vorspringend, die Größe der Labien eine auffällige; es besteht beiderseits Hydrophthalmus, Luxation der Linse und Irisschlottern. Psychisch anscheinend keine Defekte. Das Auffallendste an dem Kinde aber ist eine ungewöhnliche Längenentwicklung von Hand und Fuß, Fingern und Zehen. Diese sind aber nicht etwa akromegal, denn sie sind hinsichtlich der Knochen wie der Weichteile sehr schlank, wodurch die abnorme Länge noch stärker betont wird. Der Vortragende möchte den Zustand als „Akromakrie" (μακρός = lang) bezeichnen. Der einzige Fall, der ihm in der deutschen Literatur einschlägig bekannt geworden ist, ohne annähernd so ausgeprägt gewesen zu sein (Salle 1912), läßt der Vermutung Raum, daß die Akromakrie mit einer im fötalen Leben bestehenden Funktionsstörung der Hypophyse, mit einem Hyperpituitarismus zusammenhängt. Auffallend wäre, daß diese Endokrinose im Gegensatz z. B. zum kongenitalen Myxödem schon intrauterin manifest wird. Von dem Bilde der Akromegalie unterscheidet sich der Zustand sehr sinnfällig. Französische Autoren haben bisher 3 Fälle gesehen und als Arachnodaktylie beschrieben.

3. **Reinach:** *„Erfahrungen mit Rahmgemengeernährung nach Schloß und in modifizierter Form."* (Aus dem Säuglingsheim, Frühlingsstraße 27, München.)

Innerhalb von 16 Monaten haben wir in unserer stationären Abteilung bei 73 Fällen Rahmgemenge angewandt, zum Teil als sogenannte molkenadaptierte Milch nach Schloß, zum Teil in folgender Zusammensetzung: 300 g Milch, 100 g Rahm (20%), 15 g Mondamin, 35 g Nährzucker = Eiweiß 1·39%, Fett 3·05%; Kohlehydrat: 6·71%, davon Milchzucker 1·71%, Salze 0·28%. Die Fälle wurden ohne Auswahl der Ernährung unterzogen und waren zirka zu 4/5 ernährungs-

gestört. Dem Vortrag waren die 73 Kurven beigegeben, die aber nur zum Teil demonstriert werden konnten. Soweit sich aus diesem zwar nicht großen, aber zum überwiegenden Teile monatelang in der Anstalt beobachteten Materiale Schlüsse ziehen lassen, ergibt sich:

1. Gesunde Kinder: Im Allaitement mixte mit Brust hat sich das Rahmgemenge besser bewährt wie die usuellen Milchschleim- oder Wassermischungen. Da, wo zur ausschließlichen Rahmgemengeernährung übergegangen wurde, zeigten sich im Allgemeinbefinden keine wesentlichen Störungen, der Stuhl wurde meist konsistenter, oft trocken und alkalisch. Die Gewichtskurve war bald gleichmäßig weiter ansteigend, bald wurde sie relativ flach, aber ohne Zacken.

2. Kranke Kinder: Bei Dyspepsien nach vorheriger Milchwasser-Schleimmischung zeigte sich: a) im Allaitement mixte mit Brust — es waren vorwiegend sehr junge Kinder — fast überwiegend gute Ausheilung ohne Rezidiv. b) Wo Rahmgemenge ausschließlich gegeben wurde (21 Fälle), erwies sich die Nahrung mit Ausnahme von 5 Fällen als brauchbar. In 10 Fällen auffallend rasche Erholung. Es handelte sich bei a) und b) meist um Gärungsdyspepsien. Fälle von Milchnährschaden und Enterit. follicul. standen uns nicht zu Gebote. Erbrechen sahen wir nicht häufiger und nicht seltener als bei anderen Ernährungsregimes. Bei 7 Fällen von exsudativer Diathese war der Verlauf ein milder. Bei parenteral. Infektionen gaben wir meist Brust als Beinahrung zu Rahmgemenge, da es sich um sehr junge Kinder handelte. In einem Falle von schwerer Dekomposition mit Furunkulosis und Dekubitus bewährte sich Rahmgemengeernährung als alleinige Nahrung sehr gut.

In einer Reihe von Fällen zeigte sich nach Zeiten guter Zunahme usw. ein oft wochenlanger Gewichtsstillstand bei guter Funktion der Verdauungsorgane, gutem Allgemeinbefinden, Muskeltonus und Agilität des Kindes. Ernährung oder Änderung der Kohlehydrate (in Form von Maltose oder Grieß- und Rohrzucker meist unter gleichzeitiger kleiner Steigerung des Milchzusatzes) bewirkten — zwar nicht immer aber doch meist — Wiederanstieg der Gewichtskurve.

Sitzung vom 12. Dezember 1913.

1. Diskussion zu dem in der letzten Sitzung gehaltenen Vortrag Reinachs: Benjamin.

Reinach (Schlußwort): Ich finde die Resultate, besonders was Gewichtskurve anbetrifft, meiner Fälle zum Teil gut, aber nicht so glänzend, wie Benjamin ausgesprochen. Es läßt sich eben bei Ernährungsfragen besonders des kranken Säuglings nur immer von Fall zu Fall an Hand der Krankengeschichte, Anamnese, Gewichts- und Temperaturkurve usw. ein Urteil fällen und man kann schwer allgemeine Zusammenfassungen geben. Ein Surrogat der Eiweißmilch — wie Benjamin meint — soll die Rahmmischung nicht darstellen; sie ist ja auch ganz anders zusammengesetzt.

Wieweit Hospitalismus (nach Benjamin) bei Beurteilung von Ernährungsregimes mitspielt, ist zur Zeit bei der Differenz der Ansichten über Hospitalismus schwer zu entscheiden. So viel dürfte auf Grund meiner Fälle im Zusammenhalt mit den Publikationen von E. Müller-Schloß, Feer, Barth-Friedenthal, Nothmann, Helbich resultieren, daß bei einer großen Anzahl von gesunden und kranken Kindern fettreiche und salzarme Mischungen bei einem mäßigen Kohlehydratgehalt von meist geringerer Gärungsfähigkeit Gutes geleistet haben.

2. **Schmincke** (a. G.): *„Pathologisch-anatomische Demonstrationen."*

1. Tuberkulose des Ductus thoracicus bei einem 15 jährigen Knaben mit sekundärer Miliartuberkulose aller Organe. (Benda sche Form der Genese der Miliartuberkulose.)

2. Durchbruch einer käsigen Bronchialdrüse in die linke Lungenvene mit sekundärer Miliartuberkulose. 3½ Jahre altes Mädchen. (Weigertsche Form der Genese der Miliartuberkulose.)

3. 11 Jahre altes Kind mit Lymphogranulomatosis. Die rechts- und linksseitigen oberflächlichen und tiefen zervikalen, die supraklavikularen Lymphdrüsen stark vergrößert und in Paketen zusammenhängend; ebenso die vorderen wie hinteren mediastinalen Lymphdrüsen und die paraortalen Lymphdrüsen. Typische Porphyrmilz. Besprechung des Krankheitsbildes der Lymphogranulomatosis und Demonstration des in den Lymphdrüsen gefundenen granulären Tuberkulosevirus Muchs sowie der typischen histologischen Veränderungen des Falles an der Hand von Mikrophotogrammen.

4. Organe eines syphilitischen Neugeborenen mit typischen Veränderungen: Weiße Pneumonie, Feuersteinleber mit diffusen, gummösen Infiltraten, interstitielle Pankreatitis, Milzschwellung; Osteochondritis luetica und Periostitis ossificans der Röhrenknochen, hochgradige Verkürzung der Schädelbasis in frontookzipitaler Richtung mit starker Einziehung der Nasenwurzel. Als Ursache der Verkürzung der Schädelbasis ließ sich eine Osteochondritis luetica an den Knorpelfugen (Sutura interspenoidalis und sphenooccipitalis) des Os tribasilare nachweisen.

5. Obturierende Thrombose der Vena cava inferior und ihrer Äste, der Vena iliacae communes sowie der rechten und linken Vena femoralis bis kurz vor der Einmündungsstelle der Vena profunda femoris; Hämorrhagische Infarzierung beider Nieren und Nebennieren; 1¾ Jahre altes männliches Kind, mit käsiger Pneumonie.

6. Gangrän des rechten Fußes bei einem 2 Jahre alten Mädchen auf dem Boden einer Thromboarteriitis der Arteria poplitea. Das Kind hatte 4 Wochen vor Beginn der Gangrän eine Lungenentzündung durchgemacht, 14 Tage nach dem Krankheitsbeginn war eine leichte Schwarzfärbung des Fußes aufgetreten und nach 6 bis 7 Tagen war der Fuß abgefallen. Bei der Aufnahme in die Klinik fehlte der linke Fuß. Aus den Weichteilen des Unterschenkels ragten die distalen Teile beider Unterschenkelknochen skelettiert heraus. Die Untersuchung der Arterien des amputierten Unterschenkels ergab eine das Lumen fast vollkommen verschließende Thrombose der Arteria poplitea kurz oberhalb der Teilung. Mikroskopisch erwies sich die Thrombose größtenteils bindegewebig organisiert. Die Genese des Falles ist so zu deuten, daß es im Anschluß an die Pneumonie zu Schädigungen der Intima mit Thrombose und sekundärer Organisation und Störungen der Zirkulation im Unterschenkel gekommen ist. Wegen des Fehlens eines kollateralen arteriellen Kreislaufes bei Verschluß der Poplitea war Gangrän die Folge.

7. Großkindskopfgroßes Adenosarkom an Stelle der rechten Niere bei einem 1½ Jahre alten Kinde. Mikroskopisch typischer Befund; Demonstration desselben durch Mikrophotogramm.

8. Teratom des linken Leistenhodens bei einem 6 Jahre alten Knaben. Mikroskopisch multiple Dermoidzysten; Bindefettgewebskomplexe und kavernöses Gewebe vom Typ des Corpus cavernosum penis.

9. Symmetrische Porenzephalie in beiden Okzipitalpolen des Großhirnes bei einem 2½ Jahre alten Mädchen. Besprechung der Genese und Demonstration der mikroskopischen Verhältnisse des Falles an der Hand zahlreicher Diapositive. Das Vorhandensein von vielen Körnchenzellen in der Wandung der porenzephalischen Hohlräume spricht für eine ischämische Genese der Zytenbildungen.

10. Aplasie der linken Hälfte des Zwerchfelles bei einem Neugeborenen mit Verlagerung des größten Teiles der Bauchorgane in die linke Brusthöhle.

11. Echte Zwerchfellhernie bei einem Neugeborenen mit Verlagerung der Milz, eines Teiles des Magens, eines Teiles der Dünndarmschlingen durch die Bruchpforte hindurch in die linke Brusthöhle. Partieller Defekt des Herzbeutels.

12. Abrachius mit multiplen Aplasien des Skelettsystems — Fehlen des linken Femurs, doppelseitiges Fehlen der Fibula bei einem 14 Jahre alten Kinde. Demonstration der Verhältnisse des Skelettsystems an der Hand von Röntgenogrammen.

Diskussion: Uffenheimer fragt an, wie alt der Patient gewesen ist, von dem die demonstrierte Tuberkulose des Ductus thoracicus stammte (Schmincke: 15 Jahre). Uffenheimer fragt deshalb an, weil er der Meinung ist, daß von den zu sehr früher Zeit des Säuglingsjahres sterbenden Kindern doch ein gewisser Prozentsatz einer Tuberkulose erliegt, die infolge Befallenseins des Ductus thoracicus sehr rasch verläuft, und daß es sich in der größeren Anzahl der so jung an Tuberkulose gestorbenen Fälle nicht um eine angeborene Tuberkulose handelt (wie sie z. B. Schloßmann in seinem Meraner Vortrag als nicht so selten annimmt). Solche Fälle kommen wohl nur zumeist nicht in die Hände des Pathologen, weil diese jungen Kinder überhaupt nicht ins Krankenhaus gebracht zu werden pflegen. (Diagnose: „Atrophie", „Abzehrung".) Uffenheimer hat über diesen Punkt eine gewisse experimentelle Erfahrung. Er hat bei Verfütterung von Tubekrelbazillen an neugeborene Meerschweinchen solche Tuberkulosen des Ductus thoracicus gesehen und erinnert sich insbesondere eines Falles, der bereits am 12. Tage nach der Verfütterung (= 12. Lebenstag) starb. Dieses Meerschweinchen hatte einen verkästen tuberkulösen Herd im Ductus thoracicus. Weiter erlaubt sich Uffenheimer in bezug auf das vorgestellte Dermoid des Hodens eine vielleicht etwas laienhaft klingende Frage. Nach seinen Kenntnissen kommen diese Dermoide mit Vorliebe an den Generationsorganen vor, insbesondere an den Eierstöcken. Wäre es nun nicht möglich, daß solche Dermoide von den Geschlechtszellen selber, also vom Ei oder dem Spermatozoon abstammen, wenn das Organ von irgend welchen Seiten eine besondere Reizung erfährt (also „parthenogenetische" Entstehung)? In diesem Falle, der allerdings von einem jungen Knaben stammte, lag ja auch solch ein Reiz vor (Leistenhoden), und diese Möglichkeit scheint wenigstens diskutabel infolge der bekannten Entdeckungen von J. Loeb, der parthenogenetische Entwicklung von Eiern niederer Tierarten durch rein physikalisch-chemische Beeinflussung regelmäßig erzielen konnte.

Hierzu sprechen noch die Herren Ibrahim, Benjamin und Schmincke.

3. **Groth** (a. G.): *„Über die Kontraindikationen der Vakzination."*

Die durch Bundesratbeschluß vom 28. Juni 1899 betreffend die Ausführung des Impfgesetzes festgelegten Vorschriften über die Impfung und Wiederimpfung enthalten im § 12 die Bestimmung, daß Kinder, welche an schweren akuten oder chronischen, die Ernährung stark beeinträchtigenden oder die Säfte verändernden Krankheiten leiden, in der Regel nicht geimpft und nicht wiedergeimpft werden sollen. Die Befolgung dieser Vorschrift genügt im allgemeinen, um Schädigungen der geimpften Kinder hintanzuhalten; dabei dürfte es jedoch dem Impfarzte unbenommen bleiben, von der Impfung auch in solchen Fällen abzusehen, bei welchen seiner pflichtgemäßen Überzeugung nach eine Schädigung des Kindes durch die Impfung möglich ist, ohne daß sich der bei dem Kinde zutage tretende Krankheitszustand in diejenigen Leiden einreihen läßt, welche durch die obigen Bestimmungen getroffen werden sollen.

Abgesehen von schweren akuten Krankheiten sind auch im allgemeinen Kinder mit leichteren Ernährungsstörungen, Bronchitiden, Otorrhöe von der Impfung zurückzustellen, damit eine etwaige Verschlechterung des Zustandes nicht auf das Konto der Impfung gesetzt wird. Das gleiche gilt von den Kindern mit offener Lungen-, Haut-, Drüsen-, Knochen- und Gelenktuberkulose. Daß die geschlossene Form der Tuberkulose, besonders der Bronchialdrüsenerkrankungen, durch die Impfung in eine offene Form umgewandelt werden kann, ist weder praktisch erwiesen (Mortalität an Tuberkulose ist in den auf die Vakzination beziehungsweise Revakzination folgenden Lebensjahren sehr gering) noch theoretisch zu begründen. Kinder mit schwerer Rhachitis sind von der Impfung zu befreien, wegen der Möglichkeit anormaler Abheilung der Impfpusteln. Die größte Aufmerksamkeit des Impfarztes erfordert das Ekzem, gleichviel welcher Ätiologie und welcher Ausdehnung und welchen Sitzes. Die Impfung ist hier ausnahmslos zu unterlassen. Hierher gehört nicht nur das durch Ernährungsstörungen bedingte universelle Ekzem, sondern auch die äußerlich sichtbaren Zeichen der exsudativen Diathese, ebenso die Blepharitis eccematosa. Daß die exsudative Diathese durch die Vakzination manifest werden soll, wird zwar behauptet, ist aber bis jetzt nicht bewiesen. Dazu wäre die einwandfreie Beobachtung einer größeren Reihe von Kindern, genügend lange vor und nach der Impfung, notwendig.

Als Kontraindikation kann dann weiterhin gelten die Impetigo contagiosa, wegen der Gefahr der fast unvermeidlichen Infektion der Vakzinepustel und weil eine stärkere Ausbreitung der Erkrankung infolge der Vakzination möglich ist. Bei anderen Hauterkrankungen dürfte die Entscheidung von Fall zu Fall getroffen werden.

Diskussion: Ibrahim.

Uffenheimer führt vor allem auch die Intertrigo als Kontraindikation der Vakzination an und referiert über einen (s. Z. im Ärztlichen Verein vorgestellten) Fall, wo auf dem Boden einer solchen Intertrigo offenbar durch Kratzen sich eine Vakzine entwickelte. Er fragt den Herrn Zentralimpfarzt weiter nach einem von den Impfgegnern immer wieder behaupteten Zusammenhang zwischen Vakzination und Heine-Medinscher Krankheit. Und zwar kommt er zu dieser Frage durch zwei (gelegentlich der Sammelforschung über Heine-Medin eingelaufene) Berichte aus dem Bezirksamt Bayreuth, in denen von einem Koinzidieren der beiden Infekte die Rede war. Beide Male wurde ein kausaler Zusammenhang von den Ärzten in Abrede gestellt. (Mangels näherer Berichte ließ sich nicht feststellen, ob die beiden Anzeigen nicht ein und denselben Fall behandelten. Es ist ja leicht möglich, daß der Patient wegen der epidemiologischen Wichtigkeit der Beobachtung vom behandelnden Arzt dem Bezirksarzt — der die zweite Meldung erstattet hatte — vorgeführt wurde.)

Dörnberger: Bezüglich des Ekzems als Kontraindikation soll man sich zur Impfung nicht verleiten lassen, auch wenn es jahrelang dauert.

Ob man bei der nichtluetischen, vulgären Psoriasis die Wiederimpfung unterlassen solle, weil auf dem Boden der Impfschnitte sich neue Effloreszenzen entwickeln können, dürfte zweifelhaft sein. Ernstlicher Schaden wird durch die Impfung gewiß nicht angerichtet, jedoch unter Umständen ihren Impfgegnern willkommenes Material geliefert.

Kontraindiziert dürfte die Impfung auch bei schweren und geschwächten Luetischen sein, während sie bei kräftigen, nicht florid kranken und behandelten Kindern unter den nötigen Vorsichtsmaßregeln geschehen kann.

Reinach frägt den Herrn Vortragenden über Einwirkung der Impfung bei Pertussis, die im ersten Lebensjahre doch meist eine

recht schwere — besonders für den rechten Herzmuskel usw. — Affektion darstellen dürfte. Sind die Beobachtungen aus Italien über günstigen Einfluß der Vakzination auf Pertussis vom Vortragenden auch beobachtet worden?

Hecker erwähnt eine Mitteilung von Jakowlew (Moskau), nach welcher die Vakzinierung keuchhustenkranker Kinder im Stadium convulsivum spezifisch wirken soll; und frägt dann den Vortragenden, ob nicht die Beschaffenheit der Lymphe an sich eine Kontraindikation gegen die Impfung in sich berge, wobei er an die ungünstigen Zufälle im Sommer 1897 erinnert.

Weiter sprachen die Herren Benjamin und Seitz.

Groth (Schlußwort): Über den Wert der Vakzination bei der Behandlung der Pertussis fehlen dem Referenten eigene Erfahrungen. Für Zusammenhänge der Kinderlähmung mit der Vakzination liegen nicht die geringsten Beweise vor, wenn auch selbstverständlich die Vakzination nicht gegen das Befallenwerden von dieser Erkrankung schützt, so daß auch einmal ein geimpftes Kind an Heine-Medin erkranken kann. Zu Zeiten epidemischer Ausbreitung von Heine-Medin dürfen Impftermine nicht abgehalten werden. Bei Erkrankungen an Psoriasis dürfte die Impfung wohl kaum Bedenken haben. Schlechte Beschaffenheit der Lymphe, sofern darunter Beimengung von menschenpathogenen Keimen verstanden wird, würde eine Kontraindikation gegen die Vornahme der Vakzination sein, jedoch sind menschenpathogene Keime entweder primär nicht in der Lymphe vorhanden oder verschwinden sehr bald aus derselben, da sie sich in dem der Lymphe zugemischten Glyzerin nicht halten. Gegenteilige Behauptungen beruhen auf falschen Untersuchungsergebnissen.

Albert Uffenheimer (München).

Niederländischer Verein für Pädiatrie.

(Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1913, II, S. 430.)

Moltzer berichtet über: Ösophagusstenose nach Diphtherie, geheilt durch Elektrolyse. Knabe von 4 Jahren. 2 Monate nach der Diphtherie Schluckbeschwerde infolge einer, etwa 22 cm von der Rima Oris entfernten Stenose des Ösophagus mit Divertikalbildung. Nur flüssige Nahrung passiert. Es gelingt nicht, eine Sonde, dicker als Nr. 13 Charrière, durchzubringen. Die Behandlung mit Fibrolysineinspritzung (2mal wöchentlich 1 g) blieb ohne jeden Erfolg. Dehnung mit Sonden gelingt nicht weiter als bis Nr. 18 Charrière. Weitere Dehnung war unmöglich wegen auftretender, vollständiger Passagestörung, die das Anlegen eines Magenfistels erfordert. Am Ende wurde die Striktur mit der von Zuberbühler beschriebenen Methode (Elektrolyse) mit vollständigem Erfolge behandelt.

C. de Lange berichtet über: 1. Ein Fall von Chylothorax. Ein Knabe von 3 Jahren, seit $^1/_2$ Jahr Kurzatmung durch angebliches Verschlucken eines Knopfes. Bei der Röntgenaufnahme konnte ein Fremdkörper nicht festgestellt werden. Die physikalisch-diagnostische Untersuchung ergab ein Exsudat in der rechten Pleurahöhle und bei der Probepunktion wurde eine echte chylöse Flüssigkeit entleert. Wegen des Druckes der Flüssigkeit auf das Herz mußte 2mal etwa $^1/_2$ Liter Exsudat entfernt werden. Pirquet negativ. Kein Fieber. Vollkommene Heilung nach einer dritten Punktion von 500 cm³ Flüssigkeit.

2. Ein Fall von symmetrischer Gangrän. Knabe von 5 Jahren. Im Alter von 3 Jahren entstanden Schmerzen in den beiden

unteren Extremitäten mit pfenniggroßer, gangränöser Hautverfärbung und nachfolgendem vollständigem Gangrän beider Füße und Unterschenkel. Vier Wochen nach Beginn der Erkrankung wurden beide Füße gangränös abgestoßen. Außer an den unteren Extremitäten haben sich auch gangränöse Hautulzera entwickelt an den Armen, den Knien und den Ohren, welche Ulzera ganz abgeheilt sind mit Hinterlassung von Hautnarben; v. Wassermann negativ.

3. Ein Fall von Situs inversus viscerum totalis nebst angeborenem Herzfehler.

4. Ein Fall von doppelseitigem Kephalhämatom mit Photobild. Die Geburt war sehr schnell und spontan verlaufen. Nach 6 Wochen war das Hämatom an beiden Seiten vollständig resorbiert.

5. Ein Fall von autochthonem Sklerem. Kind von 5 Monaten. Körpergewicht 7 kg. Keine Ernährungsstörung; keine Erkrankung der inneren Organe; Harn normal. Latente Tetanie. Beide untere Extremitäten, bis an das Knie, sind schwer und fest wie Holz. Haut nicht in Falten aufzuheben. Kein Ödem. Das Beugen der Knie ist schmerzhaft. Kein Fieber. Nach einigen Tagen spontane Heilung. Die Ätiologie blieb unbekannt.

Gorter. Eiweißmilch. Für die Erklärung der günstigen Wirkung der Eiweißmilch muß nach Gorter auf ihren hohen Gehalt an Kalzium großer Wert gelegt werden. Die Erfolge bei seinen kranken Kindern waren in der Regel günstig.

Huet. Eiweißmilch. Huet hat sich die Frage gestellt, ob die Ernährung mit Eiweißmilch nachteiligen Einfluß auf die weitere Entwicklung oder das Wohlbefinden des Kindes hat. Zu diesem Zwecke wurden die Kinder, welche während kürzerer oder längerer Zeit (in einem Falle 4 Monate hindurch) mit Eiweißmilch ernährt waren, während des ganzen ersten Lebensjahres in der Klinik beobachtet. Es hat sich nun gezeigt, daß von einem ungünstigen Einflusse keine Rede war.

Weiter fand er, daß der Übergang zu einer andern Nahrung nicht plötzlich zu geschehen brauche, sondern daß dieser ohne Beschwerde allmählich stattfinden kann.

Haverschmidt. Eiweißmilch. Haverschmidt berichtet auch über günstige Resultate.

von der Heyde berichtet über: Verwundungen intrauterinen Ursprungs bei Neugeborenen mit Anführung zweier eigenen Beobachtungen. Graanboom.

Besprechungen.

H. Brüning und **E. Schwalbe**. *Handbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie des Kindesalters.* II. Bd., 1. Abt., Verlag von Bergmann, Wiesbaden, 1913.)

Der 2. Teil des Handbuchs stellt einen stattlichen Band von fast 900 Seiten Umfang dar. Er enthält folgende Kapitel: Die durch die Geburt entstandenen Krankheiten, von Otto Büttner (Rostock); Die Pathologie und pathologische Anatomie des Auges im Kindesalter, von A. Peters (Rostock); Hauterkrankungen im Kindesalter, von Max Wolter (Rostock); Spezielle Pathologie des Bewegungsapparates (Stützapparates) im Kindesalter, von Emil Wieland (Basel); Drüsen mit innerer Sekretion, von Erwin Thomas (Charlottenburg); Die Zähne, von Guido Fischer (Marburg); Die Respi-

rationsorgane, von Hugo Ribbert (Bonn); Die Thymus, von Martin Hohlfeld (Leipzig); Männliche Geschlechtsorgane, von W. H. Schultze (Braunschweig); Weibliche Genitalien, von A. Bennecke (Rostock); Harnapparat, von R. Borrmann (Bremen); Darmsystem, von Sternberg (Brünn).

Büttner, der den Reigen eröffnet, hat sich bei seiner Darstellung der Krankheiten der Neugeborenen in dankenswerter Weise nicht darauf beschränkt, die pathologische Anatomie der hier in Frage kommenden Affektionen zu schildern, sondern er erörtert auch die viel interessantere Frage, welchen Folgeerscheinungen der pathologische Anatom im späteren Leben der Kinder, welche Geburtsverletzungen (Gehirnblutungen, Tentoriumrisse u. dgl.) erlitten haben, begegnet. Daß er aber die ganze Reihe der so wichtigen Erkrankungen, die im Anschlusse an die Geburt bezw. infolge der Anpassung des Kindes an die extrauterinen Lebensverhältnisse aufzutreten pflegen, wie Ikterus, Albuminurie, Harnsäureinfarkt usw., mit einem Hinweis auf Knöpfelmachers Darstellung im Pfaundler-Schloßmannschen Handbuch abtut, erscheint uns als ein Mangel, der in einem „Handbuch" nicht vorkommen sollte. Die Frage, wo bei den erwähnten Affektionen das Physiologische aufhört und das Pathologische anfängt, wird von den Klinikern aller Voraussicht nach niemals in übereinstimmendem Sinne entschieden werden, und darum wäre es doppelt wünschenswert gewesen, das Urteil und die Gründe des pathologischen Anatomen zu hören.

Die Pathologie des Auges ist von Peters in Rostock bearbeitet worden. Zum großen Teil sind die hier genannten Krankheitsbilder dem Pädiater kaum dem Namen nach bekannt. Indes hat der Autor es verstanden, mit vielem Geschick das Nebensächliche nur zu nennen, aber das Wesentliche ausführlich zu behandeln, in dem Sinne, daß er nicht die vielen konträren Meinungen über einen strittigen Punkt bringt und dem Leser überläßt, sich die richtige Anschauung selbst herauszusuchen, sondern daß er sich auf sein eigenes, autoritatives Urteil beschränkt, so daß man weiß, woran man sich zu halten hat. Seine Ansicht über die Entstehung der Phlyktänen beim Kind erscheint uns bemerkenswert genug, um sie für weitere Kreise der Pädiatrie hier wiederzugeben:

„Phlyktänen durch Tuberkulinimpfungen beweisen nichts, weil dasselbe bei gonorrhoischen Metastasen auch zu beobachten ist, und demnach die Phlyktäne der Ausdruck ganz verschiedenartiger endogener Reizungen sein kann. Diese Reizungen erzeugen eine Exsudation und damit das Bild eines stark sezernierenden Schwellungskatarrhs, der langsam in eine Conjunctivitis phlyctaenulosa übergeht. Gerade diese plötzlichen Exsudationen rezidivierender Art stellen eine vollkommene Analogie mit dem von Czerny geschaffenen Krankheitsbilde der exsudativen Diathese dar, und daß lediglich Stoffwechselanomalien derartiges erzeugen können, beweisen die Verhältnisse bei der Gicht, die ebenfalls Hornhautinfiltrate und Bindehautkatarrhe erzeugt. Aus diesem Grunde müssen wir für die erste Entstehung der phlyktänulären Prozesse die Mitwirkung von Bakterien ebenso in Zweifel ziehen, wie es beim Ekzem ebenfalls geschehen muß, dessen Verwandtschaft mit den phlyktänulären Prozessen auf Schritt und Tritt so sinnfällig hervortritt."

Das umfangreichste Kapitel ist das von Wieland über die Pathologie des Bewegungsapparates im Kindesalter. Es hätte kein besserer für dieses Thema gefunden werden können. Auf den Inhalt näher einzugehen, ist mit Rücksicht auf den Raum hier nicht möglich. Deshalb beschränken wir uns darauf, aus der Fülle des Stoffes die Hauptgesichtspunkte herauszugreifen: Nach einigen allgemeinen Vorbemerkungen über die Physiologie der Knochenentwicklung beim Säuglinge folgen die auf unvollständiger Entwicklung und Rückständigkeit des Skeletts bei der Geburt beruhenden Knochenanomalien, wie Weichschädel, Ossifikationsdefekte u. dgl.; sodann kommen die Hemmungen und Steigerungen des Knochenwachstums auf pathologischer Grundlage: Zwergwuchs, lokale Wachstumshemmungen wie Turmschädel, Stenose der oberen Brustapertur; Steigerungen des Wachstums: allgemeine wie Riesenwuchs und lokale wie Makrozephalie, partieller Riesenwuchs, weiter Wachstumssteigerungen auf entzündlicher, traumatischer, toxischer Basis. Hierauf folgen die angeborenen spezifischen Wachstumsstörungen: Mikromelie (Chondrodystrophie, Osteogenesis imperfecta) Mongolismus, Kretinismus — Athyreosis und Hypothyreosis — Infantilismus; weiter die erworbenen spezifischen Anomalien wie Syphilis, Rachitis und Barlowsche Krankheit. Den Beschluß bilden die entzündlichen Affektionen des Skeletts: akute wie Osteomyelitis, Arthritis und chronische wie Tuberkulose, Aktinomykose, Arthritis chronica.

Ein ebenfalls sehr lehrreiches und interessantes Kapitel hat Fischer (Marburg) über die Zähne geliefert. An der Hand von instruktiven Abbildungen sieht man den Entwicklungsgang des Gebisses von seiner ersten Entstehung an bis zu seiner späteren Resorption vor sich gehen. Man lernt das Gebiß kennen in seinen Beziehungen zum Gesamtorganismus und dessen Erkrankungen (Rachitis), ferner die Mißbildungen der Zähne und ihre Folgeerscheinungen, ihre Bedeutung für die Mundatmung und für die Bildung des Gaumens, ihre eigentümlichen Zusammenhänge mit geistigen Defekten. Auch die Stellungsanomalien der Zähne wie der Alveolarfortsätze und die Erfolge der Orthopädie, weiter die Karies des Gebisses finden eine eingehende Erörterung.

Das Kapitel der Respirationserkrankungen hat Ribbert verfaßt. Es ist das Muster einer Darstellung, das die meisten anderen Kapitel des Buches an Kürze und Knappheit, an Klarheit des Ausdruckes und Sicherheit des Urteils weit hinter sich läßt.

Die Ausführungen Borrmanns, der den „Harnapparat" bearbeitet hat, erwecken schon wegen ihrer großen praktischen Bedeutung Interesse. Allerdings kann auch der pathologische Anatom nicht überall da Auskunft geben, wo der Kliniker sie haben möchte (orthotische Albuminurie). Bemerkenswert sind seine Ausführungen über die Frage der Entstehung der sogenannten Pyelitis, hinsichtlich deren er sich auf den Standpunkt stellt, den Göppert u. a. vertreten haben, daß es sich nämlich um eine aszendierende Infektion entlang den Harnwegen handle. — Den Beschluß des

Werkes bildet das Kapitel Sternbergs (Brünn), über Darmsystem und Peritoneum.

Gleichwie in dem früher besprochenen ersten Teile des Handbuches sind auch in dem vorliegenden die Kapitel keineswegs gleichwertig. Aber wenn man es als ganzes nimmt, so darf man es schon jetzt als eine wertvolle Bereicherung des literarischen Besitzstandes der Pädiatrie bezeichnen. Nicht unerwähnt mag bleiben, daß die Ausstattung des Werkes mit Abbildungen in manchen Kapiteln, wie in den von Wieland, Fischer, Ribbert, eine ganz vortreffliche genannt werden muß. Birk (Kiel).

H. Neumann und **E. Oberwarth.** *Über die Behandlung der Kinderkrankheiten.* (Verlag von Coblentz, Berlin, 1913.)

Die neue — 6. — Auflage von Neumanns „Briefen an einen jungen Arzt" ist nur zum Teil von ihm selbst besorgt worden. Als Mitherausgeber zeichnet Oberwarth. Über die Zweckmäßigkeit des Buches in seiner althergebrachten Gestalt noch ein Wort zu verlieren, wäre überflüssig. Die rein klinischen Kapitel sind bewährt und in ihren therapeutischen Einzelheiten von keinem andern Lehrbuch übertroffen. Aber es läßt sich unseres Erachtens darüber streiten, ob nicht die allgemeinen Exkurse etwas zu breit geraten sind. Etwas weniger wäre vielleicht zweckmäßiger gewesen. (Vgl. z. B. Brief II.) In pietätvollem Gedenken an die sympathische Persönlichkeit des Autors ist das Buch mit einem Bildnis Neumanns geschmückt. Birk (Kiel).

C. Hart und **W. Lessing** (Berlin-Schöneberg). *Der Skorbut der kleinen Kinder (Moeller-Barlowsche Krankheit).* (Menographische Abhandlung an der Hand tierexper. Untersuchungen, mit 24, darunter 14 farbigen Tafeln.) (Ferd. Enke, Stuttgart, 1913.)

Hart hat in unserer Fachpresse bereits ein Resumé der obigen großen Monographie gegeben (Jahrb. f. Kinderheilk., 1912, Bd. 76, S. 508), so daß ein eingehendes Referat sich erübrigt. Hart definiert die Moeller-Barlowsche Krankheit als „eine skorbutische Erkrankung kleiner Kinder, insbesondere der Säuglinge, charakterisiert durch eine mit Vorliebe das Knochensystem beteiligende allgemeine hämorrhagische Diathese und eine in Markdegeneration, mangelhafter oder aufgehobener An- und Neubildung von Knochensubstanz bestehende Skeletterkrankung". Hämorrhagische Diathese und Knochenerkrankung sind zwei innig vergesellschaftete, aber absolut selbständige Prozesse. Mit Rachitis hat die Moeller-Barlowsche Krankheit nichts gemein; letztere prädisponiert nach Hart nicht einmal hierzu. Unter den Versuchstieren Harts fand sich z. B. ein Affe, der, obwohl schwer rachitisch und tuberkulös, nicht skorbutisch wurde. Auch die alte Streitfrage, ob Moeller-Barlowsche Krankheit und Skorbut identisch sind — strittig, weil es an genügendem Sektionsmaterial erwachsener Skorbutischer mangelt —, halten Hart und Lessing durch ihre Untersuchungen für gelöst auf Grund von

pathologisch-anatomischen Studien an einem ausgewachsenen skorbutischen Affen. Moeller-Barlowsche Krankheit und experimenteller Skorbut sind wesensgleich.

24 Abbildungen — zum Teil hervorragend künstlerisch schöne farbige Tafeln — erläutern im Bilde die pathologisch-anatomischen Ergebnisse der Hart-Lessingschen Forschungen. Klotz.

Erich Stoerk und **Ottokar Horák** (Wien). *Zur Klinik des Lymphatismus und anderer Konstitutionsanomalien nebst Untersuchungen über Konstitution und Militärdiensttauglichkeit.* (Urban & Schwarzenberg, Berlin—Wien, 1913, M. 8.—.)

Referent vermißt an der sehr lesenswerten Studie einen Hinweis auf die von Schridde beschriebene Hyperplasie der Zungenbälge. Diese soll sich fast immer bei Fällen von Mors thymica finden. An der Beobachtung Schriddes ist unbedingt etwas Richtiges, wie mich eine jüngst gemachte Erfahrung belehrte.

Interessant ist, daß Verf. häufiger bei ihren Lymphatikern Scapulae scaphoideae feststellen konnten. Klotz.

Gustav Major (Berlin). *Schwer erziehbare Kinder.* (C. Marhold, Halle a. S., 1913, 142 S.)

Der Autor ist ein Pädagoge, der sehr viel medizinische Literatur gelesen hat. Gelesen! Verstanden, in das Wesen eingedrungen, kaum. Schon das Vorwort, das Major seinen Ausführungen voranschickt, „Alles-besser-wisser möchte ich bitten, die Zeit, die sie diesem Büchlein widmen würden, anders anzuwenden", läßt an Selbstbewußtsein (oder Schuldbewußtsein[?]) nichts zu wünschen übrig. Ist man nun ein Alles-besser-wisser, weil man kein Verständnis dafür hat, daß durch das Stillen „Anlagen der Mutter mit auf das Kind übertragen" werden? Oder wenn man Sätze liest wie den folgenden: „Defekte am Brustkorb, flache Brust, schlechte Verbindung zwischen den einzelnen Knochen muß immer eine schlechte Atmung nach sich ziehen, denn, wenn sich der Brustkorb ordentlich heben und senken soll, muß zwischen den Knochen eine feste Verbindung da sein, dies ist aber hier nicht der Fall und so kann die Luftzufuhr nicht genügend sein, was einen schlechten Stoffwechsel begründet, der sich schädigend für die Gesamtentwicklung des kindlichen Körpers erweist." Diese Stichproben mögen genügen. Klotz.

V. Hug-Hellmuth. *Aus dem Seelenleben des Kindes.* (Eine psychoanalytische Studie. 15. Heft der Schriften für angewandte Seelenkunde, herausgegeben von Prof. Dr. Freud.) (Deuticke, Leipzig und Wien.)

Das Buch stammt aus dem Kreise derer um Freud, womit es genügend charakterisiert sein dürfte. Irgend welche neuere Ergebnisse bringt es nicht, es ist eben alles beim Kind, auch beim Säugling — Sexualität. Birk (Kiel).

James Mackenzie. *Krankheitszeichen und ihre Auslegung.* (Deutsch von Müller, Nürnberg.) (C. Kabitzsch, Würzburg, 1913, 2. Aufl., 206 S., M. 5.—.)

Mackenzie lenkt die Aufmerksamkeit auf die große Wichtigkeit, welche aus einer vertieften Kenntnis der Schmerzphänomene in diagnostischer Hinsicht resultiert. Gerade der Praktiker, für den die Laboratoriumsmethedon wenig in Frage kommen, zieht aus sorgfältiger Beobachtung der viszero-sensorischen und viszero-motorischen Reflexe weitgehenden Nutzen bei der Erkennung von Krankheiten.

In den ersten 9 Kapiteln werden die Grundzüge der Mackenzieschen Lehre von den Reflexsymptomen erörtert. Die folgenden umfangreicheren Abschnitte enthalten die praktische klinische Nutzanwendung.

Das Werk ist in kurzer Zeit in zweiter Auflage erschienen und hat Aufsehen — in bestem Sinn — erregt, weil eben der Weg, den Mackenzie einschlägt, um zu einer speziellen Diagnose zu kommen, ein ungewohnter ist. Schon aus diesem Grunde ist die Lektüre empfehlenswert und lehrreich. Klotz.

Ludolf Krehl. *Die Erkrankungen des Herzmuskels und die nervösen Herzkrankheiten.* (Zweite umgearbeitete Auflage, A. Hölder, Preis: ungeb. M. 12.80.)

Entsprechend der umfangreichen Arbeit, die auf dem Gebiete der Pathologie des Kreislaufes in den letzten Jahren geleistet worden ist, stellt die neue Auflage des Krehlschen Werkes eine völlig neue Bearbeitung des Gegenstandes dar. Dabei war der Verf. bemüht, in erster Linie den Bedürfnissen des ärztlichen Handelns gerecht zu werden. Für denkende Ärzte hat er ein außerordentlich anregendes Buch geschaffen, dessen Reiz darin begründet liegt, daß die Auffassung des Verf. sich frei hält von jedem Dogmatismus, daß er lieber auf offene Fragen hinweist, als unsichere Lösungen als befriedigend anerkennt. Eine solche Darstellung bringt andrerseits natürlich lebhaft zum Bewußtsein, wie unsicheren Boden wir vielfach noch unter den Füßen haben, wie wenig gesichert auch häufig die Grundlagen sind, auf denen unser ärztliches Handeln sich aufbaut. Aus jedem Kapitel leuchtet die große Erfahrung des Verf. wie seine umfassende Kenntnis der klinischen wie experimentellen Literatur hervor, die ihn zu treffender Kritik befähigen. So lehnt er, um nur ein Beispiel anzuführen, die Vagotonie als klinisches Krankheitsbild vorläufig ab, als nicht ausreichend begründet. Wenn die Darstellung, die er von der Myokarditis gibt, kein rechtes Gefühl der Befriedigung beim Leser aufkommen läßt, so liegt das wohl in erster Linie in der Natur des Gegenstandes begründet, der dringend nach neuen Untersuchungen verlangt. Je ein besonderes Kapitel ist der „sogenannten Wachstumsveränderung des Herzens" und „Bemerkungen über das Herz der Kinder und über konstitutionelle Beeinflussung des Herzens" gewidmet. Es ist zu hoffen, daß das Krehlsche

Buch die Anregung zu zahlreichen fruchtbringenden Untersuchungen auf dem wichtigen Gebiete der Kreislaufspathologie bilden wird.

H. Vogt.

T. Cohn (Berlin). *Die mechanische Behandlung der Nervenkrankheiten* (mit 55 Abb. im Text). (Verlag von Springer, Berlin, 1913, 140 S., Preis: M. 6.—.)

Das Buch ist eine Umarbeitung und Erweiterung des Kapitels „Mechanotherapie" von demselben Verfasser im Handbuch der Neurologie von Lewandowsky. Es behandelt in einem allgemeinen Teil die Methoden der Behandlung: Massage, Gymnastik, Übungstherapie, Sport, und in einem speziellen die Indikationsgebiete der genannten Behandlungsarten. Birk (Kiel).

A. Cornelius. *Die Nervenpunktlehre. II.* (selbständiger) Band: *Neurologie und Nervenpunktlehre.* (Verlag von Thieme, Leipzig, 1913, 300 S., Preis: M. 7.—.)

Das Buch ist zum größten Teil polemischen Inhalts und versucht, die mannigfachen Vorwürfe der Unwissenschaftlichkeit usw., die gegen die „Nervenpunktlehre" erhoben worden sind, zu entkräften, ohne daß es ihm aber gelingt, irgendwelche Sympathie für die Person oder für die Sache des Verf. zu erwecken.

Birk (Kiel).

Rosenfeld (Straßburg), *Die Physiologie des Großhirns.*

Isserlin (München). *Psychologische Einleitung.* (Deuticke, Leipzig und Wien, 1913.)

Beide Abhandlungen entstammen dem Handbuche der Psychiatrik von Aschaffenburg. Ihr Wert liegt darin, daß sie den heute geltenden Stand des Wissens der genannten Disziplinen repräsentieren.

Birk (Kiel).

A. Horner. *Der Blutdruck des Menschen.* (Verlag von Perles, Leipzig und Wien, 1913.)

Der Verf. hat sich der Mühe unterzogen, die große Literatur über Blutdruck zu sammeln, zu sichten und um eigene Beiträge zu bereichern. Bei den letzteren stützt er sich vielfach auf Beobachtungen von Pal, der dem Buche auch ein Geleitwort geschrieben hat. Das Literaturverzeichnis umfaßt beinahe 25 Seiten. Die fleißige Arbeit wird ihren Zweck, das Interesse für die Blutdruckmessung zu fördern, nicht verfehlen. Birk (Kiel).

Virgil Burg. *Lehrbücher der natürlichen Heilmethode.* Erstes Heft. *Kinderheilkunde.* (25 S., Selbstverlag, Junglinster, Luxemburg, 1913.)

Nährsalze! Licht! Luft! Wasser! viel Wasser! Naturalismus! Impffrevel! Ich habe schon lange nicht mehr etwas derart naiv Unverfrorenes gelesen wie dieses „Lehrbuch" von 25 Seiten. Klotz.

Paul Heuberger. *Der Yoghourt und seine biochemischen und therapeutischen Leistungen.* (Fr. Semminger, Bern, 1913.)

Heuberger ist Besitzer eines Yoghourt- und Kefir-Laboratoriums und schreibt daher pro domo. Wenn er seine Schrift den „Herren Ärzten widmet", so entbehrt diese Tatsache nicht der Komik. Aus 62 ärztlichen Publikationen — guten und schlechten — über den Yoghourt kondensiert Heuberger eine neue dreiundsechzigste und widmet uns diese.

Im übrigen sei anerkannt, daß Heuberger dieses Exzerpt ganz geschickt komponiert hat, wenn man auch naturgemäß eine Kritik der Sauermilchliteratur nicht erwarten darf. Klotz.

Hermann Schall. *Berechnete ärztliche Kostverordnungen für Zuckerkranke.* (Würzburg, Kurt Kabitzsch, Preis: geb. M. 5.50.)

Das Buch enthält in der Hauptsache Kochrezepte, mit deren Hilfe Speisen von bestimmtem berechneten Gehalt an Eiweiß, Fett und Kohlehydraten und damit auch an Kalorien hergestellt werden sollen und ferner eine Anzahl aus diesen Speisen zusammengestellter Diätzettel. Das kann dem Arzte die Zusammenstellung von Speisezetteln für Zuckerkranke erleichtern. Der Laie findet in dem Buche ausreichend genaue Anweisungen zur Herstellung der einzelnen Speisen. Überflüssig erscheinen mir die auf den ersten 11 Seiten enthaltenen „Bemerkungen für den Laien über die Zuckerkrankheit". Ist es für den Patienten von Vorteil, wenn er darüber belehrt wird, woran man schwere, mittelschwere und leichte Fälle unterscheidet? Derartige Belehrungen dürften meist mehr Schaden anrichten als Nutzen bringen. H. Vogt.

E. Schwalbe. *Die Morphologie der Mißbildungen des Menschen und der Tiere.* 3. Teil. *Die Einzelmißbildungen.* Lieferung XI.

E. Schwalbe und **H. Josephy.** *Die Cyclopie.*

H. Josephy. *Otocephalie und Triocephalie. Mißbildungen des Halses.*

Fortsetzung des mehrfach besprochenen Handbuches, die sich nach Inhalt und Ausstattung auf gleicher Höhe wie die früher erschienenen Lieferungen hält. H. Vogt.

G. Herxheimer. *Gewebsmißbildungen. Die Morphologie der Mißbildungen des Menschen und der Tiere.* (Herausgegeben von E. Schwalbe. III. Teil, 10. Lieferung, Anhang, 2. Kapitel.) (Jena, H. Fischer, Preis: M. 15.—.)

Verf. behandelt im allgemeinen Teil seiner Darstellung die zu den Gewebsmißbildungen führenden Vorgänge und die Beziehungen der Entwicklungsstörungen zur Tumorbildung, während der spezielle Teil sich mit den Gewebsmißbildungen der einzelnen Organe, besonders der Harn- und Geschlechtsorgane, befaßt. Auf 6 Tafeln bringt Verf. Abbildungen von mikroskopischen Präparaten, die Beispiele von

Gewebsmißbildungen darstellen. Der interessante und wichtige Gegenstand wird vom Verf. klar und eingehend behandelt, wobei er sich neben eigenen Untersuchungen auf die Verarbeitung einer umfangreichen Literatur stützt. H. Vogt.

J. Tandler. *Zeitschrift für angewandte Anatomie und Konstitutionslehre.* (J. Springer, Berlin, M. 28.—.)

In allen Fragen der Konstitutionslehre hat die Pädiatrie ein gewichtiges Wort mitzureden. So dürfte es angebracht sein, an dieser Stelle auf die neuerscheinende Zeitschrift hinzuweisen, die diesem Spezialproblem gewidmet ist. Das vorliegende erste Heft enthält neben einer kurzen Einführung, welche auf die Notwendigkeit engerer Beziehungen zwischen anatomischer und klinischer Forschung hinweist, einen Aufsatz von M. Neuburger „Zur Geschichte der Konstitutionslehre", einen Vortrag von J. Tandler über „Konstitution und Rassenhygiene" sowie Arbeiten von F. Chvostek über „Das konstitutionelle Moment in der Pathogenese des Morbus Basedowii" und von Helene Zellweger über „Die Bedeutung des Lymphatismus und anderer konstitutioneller Momente für Gallensteinbildung". Der neuen Zeitschrift schon jetzt eine Prognose stellen zu wollen, würde vermessen sein; möge sie dazu beitragen, daß sich aus der in der Wiener Schule augenblicklich etwas üppig ins Kraut schießenden Konstitutionslehre ein Kern von bleibendem Wert herausschält. H. Vogt.

Inhalt.

Grimmer. *Die Arbeiten auf dem Gebiete der Milchwissenschaft und Molkereipraxis im Jahre 1913, II. Semester 1.* — **Allgemeines. Jacobi.** *Kinderheilkunde in den Vereinigten Staaten 41.* — **Fischl.** *Erinnerungen 41.* — **Anatomie. Engel.** *Bronchialbaum 41.* — **Physiologie und allgemeine Pathologie. Krasnogorski.** *Arbeit der Großhirnrinde 41.* — **Sever.** *Lage des Magens 42.* — **Reiche.** *Rückfluß von Pankreassaft 42.* — **Schreiber** und **Dorlencourt.** *Einfluß der Hitze 42.* — **Diagnostik. Pritchard.** *Leibschmerzen 43.* — **Hochsinger.** *Geräusche in der Präkordialgegend 43.* — **Pharmakologie und Toxikologie. Pechère.** *Kolloidales Rhodium 44.* — **Wickham** und **Degrais. Wickham.** *Radium 44.* — **Stockman.** *Salizylpräparate 44.* — **Hanzlik** und **Collins.** *Urotropin 44.* — **Mouriquand** und **Dujol.** *Waldmeisterinfus 45.* — **Bakteriologie. Meunier, Schulz.** *Diphtheriebazillen 45.* — **Serologie und Immunitätslehre. Paul.** *Vakzinales Virus 46.* — **Entwicklung und Sprache. Gallusser.** *Taubstumme 46.* — **Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie. Bamberg.** *Physiologie der Laktation 47.* — **Tibone.** *Menstruation und Stillen 48.* —

Forsyth. Naish. Cran. *Stillen 48.* — **Fedele.** *Albuminurie und Stillen 48.* — **Frost.** *Nervosität und Stillen 49.* — **Cozzolino.** *Tuberkulose und Stillen 49.* — **Rosenthal** und **Örum.** *Malzsuppe 49.* — **Wehner.** *Larosan 49.* — **Bonnamour. Porcher.** *Trockenmilch 49.* — **Cameron.** *Nährmittel 50.* — **Bendix.** *Zuckerzusatz 50.* — **Smith.** *Künstliche Ernährung 51.* — **Watson.** *Nahrungsbedarf 51.* — **Pacchioni.** *Ernährungsstörungen 52.* — **Derselbe.** *Atrophie 54.* — **Boncour.** *Psychomotorische Erregbarkeit und Verdauungsstörungen 55.* — **Wieland,** *Schwere Verdauungsinsuffizienz 55.* — **Milchwissenschaft und Molkereipraxis. Allaria.** *Säurung der Milch 56.* — **Honigmund. Martin.** *Milch maul- und klaueuseuchekranker Kühe 56.* — **Stoffwechsel. Bing** und **Windslöf.** *Blutzucker 57.* — **Grosser.** *Organische und anorganische Phosphate 57.* — **Niemann.** *Respiratorischer Gaswechsel 57.* — **Cowie** und **Hubbard.** *Fettbestimmung im Stuhl 58.* — **Düker.** *Leberzellen bei Azidose 58.* — **Schkarin** und **Kufajeff.** *Solbäder 59.* — **Fötus und Embryo. Mezbourian.** *Schwangerschaft und Stillen 60.* — **Neugeborene. David.** *Nabelinfektion 60.* — **Pallesen.** *Infektion Neugeborener 60.* — **Frühgeburt. Bakker.** *Lebensaussichten Frühgeborener 60.* — **Cordier.** *Debilität 61.* — **Thiede.** *Elektrische Couveuse 61.* — **Diathesen. Friedjung.** *Ernährungsstörungen der Brustkinder und Konstitution 61.* — **Marine. Mac Callum** und **Vogel.** *Tetanie 62.* — **Mac Neil.** *Stat. lymphaticus 63.* — **Barling.** *63.* — **Lederer.** *Henochsche Purpura 64.* — **Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen. Ker.** *Isolierung und Quarantäne 64.* — **Mixsell. Schrammen. Albert.** *65.* — **Kleinschmidt** und **Viereck. Brückner. Ehrhardt.** *Diphtherie 66.* — **Lorange. Skorodumoff.** *66.* — **Dychno. Wegmann.** *67.* — **Richardson. Ker.** *Scharlach 68.* — **Trumpy.** *68.* — **v. Pirquet.** *Masern 69.* — **Epstein.** *Variola 71.* — **Paschen.** *Variola und Vakzine 71.* — **Kling.** *Varizellen 71.* — **Bukowskaja.** *Typhus 72.* — **Bauer, Ellenbeck** und **Fromme.** *72.* — **Siegel.** *Y-Ruhr 73.* — **Byers** und **Houston.** *Tetragenusinfektion 73.* — **Schippers** und **de Lange.** *Poliomyelitis 74.* — **Dujol.** *Pneumokokkenmeningitis 75.* — **Jakowleff. Pacchioni, Caffarena, Consiglio** und **Corradi.** *75.* — **Porcelli. Roedelins.** *Keuchhusten 76.* — **Hegler.** *76.* — **Barach.** *Mumps 77.* — **Leidenius.** *Gonokokkämie 77.* — **Duncan.** *Akute epidem. Erkrankung 77.* — **Lewin.** *Speicheldrüsenentzündung 78.* — **Koll-Jakimowa, Jakimoff** und **Schochor.** *Leishmaniose 78.* — **Tuberkulose. Emrys-Roberts. Findlay.** *Eintrittspforten 79.* — **Lapage** und **Mair.** *Pathologie der Kindertuberkulose 79.* — **Mantoux.** *Säuglingstuberkulose 80.* — **Laplanche.** *Handgelenkstuberkulose 81.* — **Fraser.** *Knochen- und Gelenkstuberkulose 81.* — **Morton.** *Hüftgelenkstuberkulose 82.* — **Bernard.** *Nierentuberkulose 82.* — **Dotti.** *Erythema nodosum und Tuberkulose 82.* — **Woodruff. Fragale. Lesage. D'Espine.** *Tuberkulosemeningitis 84.* — **Engel.** *Diagnostik der Bronchialdrüsentuberkulose 85.* — **v. Pirquet.** *85.* — **Brown. Cataneo.** *Tuberkulinreaktion 86.* — **Gilerowitsch.** *Jefimoffs Reaktion 87.* — **Moewes** und **Bräutigam.** *Tuberkelbazillen im Blut 87.* — **Laird, Kitt** und **Stewart.** *Tuberkelbazillen im Stuhl 87.* — **Beck.** *Rosenbachsches Tuberkulin 87.* —

Bourdette. *Heliotherapie 88.* — **Syphilis. Watson.** *Fruchtbarkeit bei syphilitischen Eltern 89.* — **Welde.** *Schicksal kongenitalsyphilitischer Kinder 89.* — **Marfan.** *Spastische Paraplegie 89.* — **Blackfan, Nickolson** und **White. Holt.** *Wa-Reaktion 90.* — **Brown.** *Luetinprobe 90.* — **Holt** und **Brown.** *90.* — **Strathy** und **Campbell. Weill, Morel** und **Mouriquand.** *Salvarsan 91.* — **Zirkulationsapparat. Noeggerath.** *Elektrokardiogramme 91.* — **Goett.** *Pulsation des Herzens 91.* — **Motzfeld.** *Angeborene Herzfehler 92.* — **Troitzky.** *92.* — **Delneuville.** *Herzarythmien 93.* — **Respirationsorgane. Sutherland** und **Jubb.** *Pneumokokkeninfektion der Lunge 93.* — **Riesmann. Delcourt.** *93.* — **Freemann.** *Pneumonie 94.* — **Spolverini.** *Asthma 94.* — **Barrington-Ward.** *Lungenabszeß 94.* — **Delhaye** und **Lawaese-Delhaye.** *Pleuritis 94.* — **Lederer.** *Bronchotetanie 95.* **Blut und blutbildende Organe. Nauta** und **Loubet.** *Leukämie 96.* — **Petrone.** *Anaemia splenica 96.* — **Dossin.** *Urämie 96.* — **Lymphatischer Apparat. Steuart. Ashby.** *Adenoide und vergrößerte Tonsillen 97.* — **Berichte. Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde** *97.* — **Niederländischer Verein für Pädiatrie** *117.* — **Besprechungen. Brüning** und **Schwalbe.** *Handbuch der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Kindesalters 118.* — **Neumann** und **Oberwarth.** *Behandlung der Kinderkrankheiten 121.* — **Hart** und **Lessing.** *Der Skorbut der kleinen Kinder 121.* — **Stoerk** und **Horák.** *Klinik des Lymphatismus 122.* — **Major.** *Schwer erziehbare Kinder 122.* — **Hug-Hellmuth.** *Seelenleben des Kindes 122.* — **Mackenzie.** *Krankheitszeichen und ihre Auslegung 123.* — **Krehl.** *Erkrankungen des Herzmuskels und nervöse Herzkrankheiten 123.* — **Cohn.** *Mechanische Behandlung der Nervenkrankheiten 124.* — **Cornelius.** *Nervenpunktlehre 124.* — **Rosenfeld.** *Physiologie des Großhirns 124.* — **Isserlin.** *Psychologische Einleitung 124.* — **Horner.** *Blutdruck des Menschen 124.* — **Burg.** *Lehrbücher der natürlichen Heilmethode 124.* — **Heuberger.** *Yoghourt 125.* — **Schall.** *Kostverordnungen für Zuckerkranke 125.* — **Schwalbe.** *Morphologie der Mißbildungen 125.* — **Herxheimer.** *Gewebsmißbildungen 125.* — **Tandler.** *Zeitschrift für angewandte Anatomie und Konstitutionslehre 126.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Berlin · **Göppert** Göttingen · **Knöpfelmacher** Wien · **Moro** Heidelberg · **Thiemich** Leipzig · **Tobler** Breslau · **Berend** Budapest
Comba Florenz · **Johannessen** Kristiania · **Koplik** New-York · **Marfan** Paris · **Schkarin** St. Petersburg · **Thomson** Edinburg · **Wieland** Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.
Preis der „Referate", jährlich 2 Bände, pro Band (ca. 40 Bogen) Mk. 20.—.
Preis der „Originalien" (ca. 45—50 Bogen) jährlich Mk. 30.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XIII. **Referate.** **Nr. 2.**

Lymphatischer Apparat.

Parmentier. *Opportunité dans l'ablation des amygdales.* (Über Abtragung der Mandeln.) (Prog. méd. belge, XX, 3.)

Das Publikum verlangt oft vom Arzt die Abtragung der Mandeln, um akuten Gelenkrheumatismus und Herzkrankheiten zu vermeiden. Der Arzt hat unrecht, sich in diesem Sinne beeinflussen zu lassen, und es ist unnötig, die Mandeln zu opfern. Wenn auch die Funktionen der Mandeln unbekannt sind, so sind sie doch auf keinen Fall nur diejenigen einer lymphatischen Drüse, welche leicht durch die im ganzen Körper verteilten lymphatischen Ganglien ersetzbar sind. Sie haben die Funktion eines Organs, welches im Beginn des Lebens, wie die Thymus und die Thyreoidea, eine große Rolle im Leben spielt.

Sie dürfen nicht als habituelle Eintrittspforten der Infektionen angesehen werden, oft werden sie sekundär infiziert. Außerdem sind die Mandeln ein Organ, welches nur wenig mit dem lymphatischen System verbunden ist.

Das Volumen der Mandel an sich genügt nicht, um die Abtragung zu rechtfertigen. Wenn keine Störungen der Atmung, des Schluckens oder der Sprache vorhanden sind, so ist es besser, die Mandeln nicht anzurühren. Sie spielen eine Rolle im Mechanismus der Sprache und des Gesanges. Auf alle Fälle soll man, wenn die Operation notwendig ist, lieber die Amygdalatomie als die Amygdalektomie, und zwar durch eine geübte Hand ausführen lassen, um Gefahren zu vermeiden. Diese sind: Tod als Folge einer Hämorrhagie oder eines Shocks, Entwicklung einer latenten Tuberkulose der Lunge oder der nahegelegenen Drüsen, ernste Schäden an den Muskeln des

Gaumens und des Pharynx, starke Kontraktion aller Teile, Wegnahme einer Barriere gegen Infektionen, schwere Infektion der Wunde, Septikämie, unangenehme Narben, eitrige Mittelohrentzündung und andere Ohrkrankheiten, Störungen der Sehfunktionen und der Stimme, Verlust der Singstimme, Emphysem, septischer Infarkt, Pneumonie, größere Neigung zu Halskrankheiten, Kehlkopfkrankheiten am Sitze der Operation, Bräune und zum Schlusse Amygdalitis.

Parmentier hätte andere Argumente zur Unterstützung seiner These durch das Studium der „exsudativen Diathese" finden können, von der er kein Wort verlauten läßt. Philipps (Antwerpen).

A. Goslar. *Das Verhalten der lymphozytären Zellen in den Gaumenmandeln vor und nach der Geburt.* (Zieglers Beiträge, Bd. LVI, 1913, S. 405.)

Vor der Geburt sind in den Gaumenmandeln keine Lymphknötchen vorhanden; diese treten erst relativ spät im extrauterinen Leben auf. Die Auswanderung der Lymphozyten in die Lakunen ist ein Produkt des extrauterinen Lebens. Plasmazellen treten erst im späteren Leben auf und sind ein Ausdruck pathologischer Vorgänge. Lehndorff (Wien).

A. Benfey und **H. Bahrdt.** *Beitrag zur Beurteilung der Drüsenschwellungen bei Kindern jenseits des Säuglingsalters und ihrer Beziehungen zum Lymphatismus.* (A. d. Kinderpoliklinik d. Char.; Prof. Heubner.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, H. 5/6, S. 481.) (Heubner-Festschrift.)

Untersuchungen an 13 Kindern ohne wesentliche neue Ergebnisse. Birk (Kiel).

Innere Sekretion.

Heinrich Klose. *Beiträge zur Pathologie und Klinik der Thymusdrüse.* Zur Erinnerung an Karl Basch. (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 653.)

Im Anschluß an eine Darstellung der Arbeiten K. Basch's über die Thymusdrüse bespricht der Verf. die seitdem durch seine eignen Untersuchungen und diejenigen anderer Autoren neu gewonnenen Erfahrungen. Er hat die Knochen der Versuchstiere, denen er die Thymusdrüse herausgenommen hatte, im Laboratorium von Aschoff näher untersucht und findet, daß sie alle für die menschliche Rachitis charakteristischen Veränderungen aufwiesen. Die operierten Tiere zeigen außerdem eine Schwellung des ganzen Hirnes, einen erhöhten Wassergehalt sowie eine Steigerung der elektrischen Erregbarkeit der peripheren Nerven. An den Mus-

keln fanden sich fleckweise Veränderungen, die der progressiven Muskelatrophie entsprachen. Die Muskeln waren um fast 10% wasserreicher als die von Normaltieren. Bei thymektomierten Hunden kommt es zu einer langsam fortschreitenden Abnahme der Lymphozyten. Die Injektion kranker Thymusdrüsen löst schwere Intoxikationserscheinungen aus. Bei thymektomierten Hunden zeigt die innere Zone der Nebennierenrinde einen mehr wabigen Bau und veränderte Färbbarkeit der Zellen.

Eine Druckwirkung des Thymus kann im Bereich der oberen Brustapertur sowie an der Stelle, wo der Ursprung der Art. anonyma schräg über den vorderen Umfang der Luftröhre verläuft, am leichtesten eintreten. Die reichliche arterielle Versorgung des Thymus bei dürftigem (?) venösem Abfluß begünstigt die Entstehung vorübergehender Schwellung des Organs. Die kindliche Trachea ist Druckeinwirkungen zugänglicher wegen ihrer Lage sowie wegen der geringeren Elastizität der Knorpelringe. Die Tracheostenosis thymica kann als chronische Trachealstenose allein oder mit akuten Erstickungsanfällen auftreten. Die Anfälle treten nie auf, ohne daß leichte Atembeschwerden, livide Verfärbung der Lippen, der Ohren, der Wangen oder der Hände vorausgegangen sind. Der Stridor als Zeichen der Tracheostenose kommt angeboren vor oder er entwickelt sich in den ersten Lebensmonaten. Dabei ist die Stimme nie heiser. Die stärksten Erscheinungen machen sich gewöhnlich zwischen dem 6. bis 12. Lebensmonat geltend. Im Anfall soll Hyperpyrexie vorkommen. Im Röntgenbild hat Rehn ein Hinabsteigen der Drüse bei der Einatmung, ein Hinaufsteigen bei der Ausatmung beobachtet. Beweisend ist im Röntgenbild eine linksseitige Verbreiterung des Mittelschattens. Eine absolute Dämpfung, die das Manubr. sterni einnimmt, sich besonders nach links über den Sternalraum erstreckt und daselbst mit der Herzdämpfung verschmilzt, ist nach Ansicht des Verf. ein sicheres Zeichen einer Thymushyperplasie, kann aber fehlen. Die hyperplastische Thymusdrüse soll auch die Speiseröhre zusammendrücken und dadurch zu Schluckbehinderung und Nahrungsverweigerung führen können, und zwar in den ersten Lebenswochen. Der vergrößerte Thymus kann auch den Vagus durch Druck schädigen. Die Operation, die nach Ansicht des Verf. lebensrettend wirkt und dazu führt, daß der zurückgebliebene Teil der Drüse sich in normales Gewebe umbildet, wird seiner Ansicht nach noch zu selten ausgeführt. Die Röntgenstrahlen, durch die u. a. amerikanische Autoren klinische Heilung erzielten, wirken dagegen nach seiner Meinung direkt ungünstig auf die hyperplastische Drüse. Das Normalverfahren der Operation ist die intrakapsuläre Exzision mit Ektopexie oder Fixation der Kapsel an die Fascia sterni. Die Indikation zur Operation liegt nur dann vor, wenn zum trachealen Stridor Erstickungserscheinungen hinzukommen. Ziemlich häufig haben Kinder mit großem Thymus gleichzeitig eine deutliche Struma. Nach den Erfahrungen des Verf. besteht ausgesprochener Zusammenhang zwischen einer Lues der Eltern und Defektzuständen der kindlichen Thymusdrüse. Bei Idioten ist von einzelnen Autoren in einer großen Anzahl der Fälle

ein Fehlen des Thymus beobachtet worden, andere haben schwere Veränderungen des Organs gefunden. Über diese Zusammenhänge sind neue Beobachtungen erforderlich.

Die Ausführungen des Verf. wurden ausführlich wiedergegeben, weil sie als Anregung zu neuen Untersuchungen dienen sollten, wenn sie im einzelnen auch vielfach zur Kritik herausfordern.

H. Vogt.

Boissonas (Genf). *Ein Beitrag zur Symptomatologie und Therapie der Thymushypertrophie.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, H. 5/6, S. 472.) (Heubner-Festschrift.)

Der Verf. teilt mehrere Fälle von Thymushypertrophie mit:

1. Kind von 6 Monaten. Tod an grippaler Bronchopneumonie. Bei der Sektion fand sich eine große Thymus, die bei Lebzeiten keine klinischen Erscheinungen gemacht hatte.

2. 2 Monate altes Kind mit Stridor und asphyktischen Anfällen. Auf Grund des Perkussions- und Röntgenbefundes wurde die Diagnose Thymushypertrophie mit Kompression der Luftröhre gestellt. Daraufhin vollkommene Thymektomie. Das herausgenommene Organ wog 20 g. Nach Herausnahme des Organs schwand der Stridor. Die Luftröhre war weich und in Höhe des Manubrium sterni abgeplattet. 18 Tage nach der Operation Tod an Bronchopneumonie.

3. 5 Wochen alter Knabe, von Geburt an Erstickungsanfälle. Deutliche Thymusdämpfung. Resektion der Drüse, daraufhin Besserung, doch traten hin und wieder noch leichte Atemnotsanfälle auf.

4. Zwillingskind. Mit 2 Monaten traten hin und wieder Erstickungsanfälle auf. Röntgenbehandlung. Daraufhin langsame Besserung.

Birk (Kiel).

Hartoghe. *Les insuffisances thyroidiennes.* (Thyreoideale Insuffizienz.) (Ann. Bull. soc. méd. d'Anvers, LXXIV, Juli/August.)

Bei Vorhandensein eines oder mehrerer der folgenden Symptome ist an ein Myxödem fruste zu denken: trophische Veränderungen der Haare, Augenbrauen, Augenwimpern, Zähne, Kiefer, habitueller Frost, Gallenstörungen und Gallensteine. Dyspnöe und Asthmaanfälle, Hämophilie, Neigung zu Aborten, Melancholie, Traurigkeit, Lebensüberdruß, Migräne, Schwindel, plötzliche Ohnmachtsanfälle, Ohrensausen, Somnolenz, rheumatoide Phänomene an Muskeln, Gelenken und Aponeurosen, Enuresis nocturna, Polakiurie, Anorexie, Obstipation.

Philipps (Antwerpen).

Reuben. *Dyspituitarism.* (Americ. Journ. Dis. Childr., September 1913.)

Verf. liefert eine eingehende Übersicht der auf Anomalien der Hypophyse beruhenden Krankheitsformen und bespricht einen eigenen

Fall vom Typus Fröhlich (Hyposekretion des Hinterlappens der Drüse, Adipositas, Infantilismus, Hypoplasie der Genitalien, Kopfschmerzen, Toleranz für Kohlehydrate, subnormale Körpertemperatur, Vergrößerung der Sella turcica im Röntgenbild), wahrscheinlich durch lokale Tumorbildung verursacht. Wachenheim (New York).

Verdauungstraktus.

Rutherford Morison and **Hamilton Drummond.** *Congenital stricture of lower and of oesophagus.* (Lancet, 12. IV. 1913.)

Ein extrem abgemagerter Knabe, der seit dem vierten Lebensmonate Schlingbeschwerden hatte, kam mit 3 Jahren in Behandlung. Zu dieser Zeit „erbrach" er fast alles, feste wie flüssige Speisen. Röntgendurchleuchtung ergab eine Struktur am unteren Ende des Ösophagus. Sondierung unmöglich. Daher am 2. September 1911 Gastrostomie. Sondierung von unten ebenfalls erfolglos; Ernährung durch die Gastrotomiewunde. Am 14. Nov. 1912 gelang es, bei dem Knaben, der nunmehr einen vollkommen normalen Eindruck machte, durch das Ösophagoskop ein dünnes Bougie einzuführen. Nunmehr wurde eine allmähliche Dilatation mit Erfolg durchgeführt und die Gastrotomiewunde geschlossen. Eckhardt.

H. Brüning (Rostock). *Beitrag zur Kenntnis des Wiederkauens im Säuglingsalter.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, S. 116.)

Bei dem atrophischen und hypertonischen Mädchen stellte sich im dritten Monate Rumination ein. Mit 7 Monaten traten auch spasmophile und rachitische Symptome auf. Gleich nach der Entlassung des Kindes verschwand das Ruminieren dauernd, kurz nachdem auch mit der Verabreichung von Phosphorlebertran begonnen war. Die Zusammenstellung der wenigen genauer beschriebenen Fälle von Rumination ergibt, daß dieselben wohl keine einheitliche pathologisch-anatomische Grundlage besitzen. Meist handelt es sich wohl um spastischen Pylorusverschluß, seltener um eine Erschlaffung der Kardia. Für die Behandlung lassen sich bisher keine Normen aufstellen. Thorspecken (Bremen).

H. v. Thun. *Kongenit obliteration av tyndtarmen.* (Kongenitale Obliteration des Dünndarmes.) (Hospitalstidende, Jahrg. 56, 1913, S. 827.)

Ein operativ (Enterostomie) behandelter Fall von kongenitaler Dünndarmobliteration. Bei der Sektion zeigte sich, daß der Dünndarm 50 cm unter der Flexura duodeno-jejunalis mit einer aufgetriebenen Darmpartie blind endete. Der Dickdarm mit Zökum bot nichts Abnormes. 50 cm oberhalb des Zökums endete das federdicke Ileum

blind. Zwischen den beiden blinden Enden des Dünndarmes eine 3 cm lange Partie, wo der Mesenterialrand keine Andeutung einer Darmschlinge zeigte. Wernstedt (Stockholm-Malmö).

H. S. Souttar. *On intussusception.* (Brit. med. Journ., 10. Mai 1913.)

Aus der ausführlichen Arbeit interessiert hier der kurze Abschnitt: akute Intussuszeption bei Säuglingen. Meist erkranken gesunde und gut genährte Kinder. Erbrechen bestehe nicht immer und sei nicht exzessiv. Das Abdomen sei nicht übermäßig gespannt, obgleich die Kinder sehr pressen, meist finde sich ein Tumor in der Gegend des Colon transversum oder descendens, von hufeisenförmiger Gestalt, mit der Konkavität nach der Mitte des Abdomens. Schmerz tritt anfallsweise auf. Zur Untersuchung sei Narkose nicht immer nötig, wenn der Untersuchende sorgfältig die Pausen zwischen den stärkeren Bauchdeckenspannungen ausnutze. Eckhardt.

Nürnberger. *Volvulus als Ursache von Melaena neonatorum.* (Samml. klin. Vortr. von R. v. Volkmann. Gynäkol. Nr. 251, A. Barth, Leipzig, 1913.)

Volvulus ist eine der seltensten Ursachen der Melaena neonat. Nürnberger teilt einen solchen Fall mit und bespricht die sonstigen Ursachen und Theorien der Melaena. Thorspecken (Bremen).

Steinschneider (Halle). *Colitis pseudomembranacea infantum.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXII, S. 47.)

Kurze Mitteilung über 3 Fälle. Thorspecken.

Edred M. Corner. *The function of the appendix and the origin of appendicitis.* (Brit. med. Journ., 15. Februar 1913.)

Der Wurmfortsatz mit seinem reichlichen lymphoiden Gewebe ist als „intestinale" Tonsille aufzufassen; an der Stelle der ersten und größten Stase im Darmkanal befindlich, schützt er den Organismus gegen die dort plötzlich in großer Zahl entstehenden Bakterien. Durch diese Funktion ist er nun natürlicherweise auch besonders häufig der Entzündung ausgesetzt. Die Gefahr wird noch größer dadurch, daß häufige kleinere Entzündungen klinisch unbemerkt verlaufen, zu allmählicher Fibrosis führen (diese Veränderung tritt jenseits des 30. Lebensjahres mit steigender Häufigkeit ein); dadurch wird aber die Peristaltik des Wurmfortsatzes immer mehr geschädigt und die mechanische Entleerung toxischer Produkte aus seinem Lumen unterbleibt. Eckhardt.

Edmund Owen. *Appendicitis: a plea for immediate operation.* (Brit. med. Journ., 15. Februar 1913.)

Im wesentlichen dieselbe Arbeit wie Lancet, 15. II. 13.

Eckhardt.

S. B. Ginsburg. *Über den Wert der von mir empfohlenen neuen Methode für das Analysieren von Fäzes in bezug auf Würmereier.* (Wratsch. Gaz., 1913, Nr. 6.)

Der Autor hat Studien über Würmereier auf verschiedene Weisen, unter anderem auch nach seiner eigenen Methode, ausgeführt, wobei er die Fäzes nicht in einem schmalen und langen Probiergläschen, sondern in einem langhalsigen Destillierkolben behandelte. Er konstatierte das Vorhandensein von Würmereiern viel öfter nach seiner eigenen Methode.

Außer für den Nachweis von Würmereiern bewährt sich ihm die Methode auch für das Analysieren von Fäzes in bezug auf die Verdaulichkeit eines Nahrungsmittels, da sie rasch und genau das unverdaute Fett im „Obers" der Fäzes konstatiert. Ebenso wird nach dieser Methode auch der Nachweis von unverdauten Fleischfasern und Stärkekernen leichter und genauer.

Sedunow (St. Petersburg).

Lechler (Rostock). *Zur Frage der Häufigkeit, Diagnose und neueren Behandlung der Spulwurmkrankheit bei Kindern.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXII, p. 49.)

16·3% der untersuchten Kinder hatten Spulwürmer. Am stärksten befallen ist das Alter von 6 bis 10 Jahren, Knaben etwas mehr als Mädchen. Landkinder haben bedeutend häufiger Spulwürmer als Stadtkinder. Das Telemannsche Anreicherungsverfahren ist ohne Wert für die Untersuchung auf Askarideneier. Das einfache Stuhlpräparat ist genau so zuverlässig.

Das Oleum chenopodii anthelmintici, 2- bis 3mal morgens 8 bis 15 Tropfen in Zuckerwasser in Pausen von 1 bis 2 Stunden gegeben, danach ein Abführmittel, wirkte mit wenigen Ausnahmen prompt. In der Form von Wermolin wirkt es etwas langsamer. Den Zweck, der zur Herstellung des Wermolins Veranlassung gab, das Wurmsamenöl besser einnehmbar zu machen und gelegentliches Erbrechen zu vermeiden, hält Lechler nicht für erreicht. Thorspecken.

Garin. *Recherches sur la fixation, le mode de nutrition et le rôle pathogène de l'oxyure vermiculaire.* (Untersuchungen über die Art der Festsetzung, die Ernährung und die pathogene Rolle des Oxyuris vermicularis.) (Pathol. infant., X, 2.)

Diese Parasiten setzen sich im Innern der Lieberkühnschen Drüse durch einen besonderen Mechanismus fest und nähren sich dort von dem Drüsenepithel, welches vorher durch Speichel aufgelöst wird. Philipps (Antwerpen).

H. Herzog. *Gordius als Parasit des Menschen.* (Vortrag a. d. Versammlung Schweizer Kinderärzte in Basel.) (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Nr. 34.)

Verf. beschreibt einen 17 cm langen und 1 mm dicken Gordius aquaticus (so genannt nach der Gewohnheit dieses Wurmes, sich zu

einem unentwirrbaren „gordischen Knoten" zu verschlingen), der bei einem 2½jährigen Knaben nebst einigen Oxyuren mit dem Stuhlgang abgegangen war (vom Zoologen Zschokke publiziert im Zentralblatt f. Bakt., 1912, Bd. 63, Heft 1).

In der Literatur sind bisher 18 Fälle zu finden, davon nur 1 in Deutschland. Gordius gehört zu den Nematoden, lebt in Teichen und Brunnentrögen, wo er seine Eier legt. Der Embryo wandert in eine Insektenlarve ein, gelangt mit der Insektenlarve in den Leib eines Raubinsektes (Wasserkäfer), wandert ins Wasser und wird dort geschlechtsreif. Der Gordius gelangt in den Menschen durch Trinken des verunreinigten Wassers; gegen die Verdauungssäfte des Wirtes ist er durch eine dicke Chitindecke geschützt. Die Symptome, die er beim Menschen hervorruft, sind diejenigen einer Helminthiasis.

Verf. glaubt, daß der Parasit öfter vorkomme, da er unter dem Volke als „Wasserkalb" bekannt ist. „Sobald die Lehrbücher der inneren Medizin den Gordius als gelegentlichen Parasiten des Menschen erwähnen werden, wird wohl auch im deutschen Sprachgebiet sein Auftreten weniger selten sein." E. Burckhardt (Basel).

Leber und Gallenwege.

F. Schotten. *Über kongenitalen Defekt der Gallenausführungsgänge.* (A. d. pathol. Institut d. Krankenh. St. Georg-Hamburg.) (Inaug.-Dissert., Kiel, 1913.)

2 Fälle von angeborenem Defekt des Ductus hepaticus.

Birk (Kiel).

Milz.

M. S. Massloff. *Ein Fall von tropischer Splenomegalie (Kala-Azar) bei einem Kinde von 1 Jahre und 10 Monaten.* (Wratsch. Gaz., 1913, Nr. 37, S. 1235.)

Der Autor beschreibt einen Fall von Kinderleishmaniosis (aus der Kinderklinik des Prof. Schkarin), dessen Interesse darin besteht, daß die Diagnose bei Lebzeiten des Kindes gestellt wurde (Milzfunktion) — ein Mikrophotogramm wird beigefügt. Der Patient ist aus Taschkent gebürtig. Beinahe alle für Leishmaniosis charakteristischen Symptome waren da: kolossale Milz, vergrößerte Leber, scharf ausgeprägte Veränderungen seitens des Blutes (Hämoglobin 25%, Erythrozyten 1,770.000, weiße Körperchen 3300 [Lymphozyten

60%, Mononukleare 15%]); Ödeme an Händen und Füßen, gesteigerte Temperatur von 37° bis 40·2° (die Temperaturkurve für 2 Monate wird zitiert) usw. Das Andauern der Krankheit 6 Monate. Das weitere Schicksal des Kindes ist unbekannt. Der vorliegende Fall ist der fünfte von Kinderleishmaniosis in Rußlaud.

Autoreferat.

Urogenitalsystem.

F. Widal. *La classification des néphrites basée sur les grands syndromes fonctionnels du mal de Bright. Les procédés d'appréciation du fonctionnement rénal.* (Klassifikation der Nephritis, basiert auf die großen funktionellen Syndrome der Brightschen Krankheit. Prüfung der Nierenfunktion.) (Le mouv. méd., I, 1.)

Die Zwischenfälle bei Nephritis hängen mehr von einer Störung der Nierenfunktionen als von einer anatomischen Läsion der Nieren oder von einem bestimmten pathogenen Erreger ab. So sind die Störungen, welche durch die Retention des Chlornatriums und durch die des Harnstoffes entstehen, deutlich verschieden. Es besteht eine Chlorämie (hydropigene Urämie) und eine Azotämie (trockene Urämie), wie es eine Nephritis mit Chlorämie oder mit Azotämie oder mit Hypertension gibt. Letztere ist manchmal von einer sekundären Herzerweiterung begleitet, manchmal nicht.

Jede dieser Nephritisarten ist durch besondere Symptome charakterisiert. Aber sie können sich auch kombinieren und es kann eine die Form der andern annehmen. Verf. beschreibt die urinären Syndrome, welche die rein albuminurische Nephritis begleiten: das Syndrom vaskulärer Hypertension, das chlorämische und das azotämische Syndrom. Das Vorhandensein des letzteren Syndroms, welches durch Harnstoffbestimmung im Blute diagnostiziert wird, verschlechtert die Prognose der Brightschen Krankheit. Es kommt diesem Syndrom daher eine große klinische Bedeutung zu.

Verf. bespricht dann die verschiedenen Arten der Prüfung der Nierenfunktion: den Sphygmomanometer, Prüfung durch die alimentäre Chlorurie, Bestimmung des Harnstoffes im Blute.

Philipps (Antwerpen).

Martin H. Fischer. *Weitere Beiträge zur Behandlung der Nephritis und verwandter Erscheinungen.* (Sonderabdruck aus „Kolloidchemische Beiheft.", Bd. IV, S. 343—412.) (Theodor Steinkopf, 1913, M. 2.50.)

Verf. berichtet über die bisherigen Ergebnisse einer Behandlung der Nephritis, die sich aufbaut auf die von ihm ausgearbeitete Säuretheorie der Nephritis. Er faßt seine therapeutischen Ratschläge zusammen in den Worten: Verordne Alkali, Salze und Wasser. Zur

Ausführung empfiehlt er die Verwendung folgender Lösung: Natriumkarbonat ($Na_2CO_3 . 10 H_2O$) 10·0 g, Natriumchlorid 14·0, Aq. dest. ad 1000·0. Von dieser Lösung werden größere Mengen (2 Liter) rektal oder intravenös einverleibt. Sobald die Diurese sich hebt, wird die Lösung durch eine weniger konzentrierte (10 : 8·5) ersetzt und dem Patienten ein natürliches oder künstliches alkalisches Wasser in reichlicher Menge als Getränk verabreicht. Eine Reihe von Krankengeschichten zeigt die Erfolge einer in dieser Art durchgeführten Behandlung. Schließlich spricht Verf. den Wunsch aus, daß alle, die seine Behandlungsvorschläge versuchen wollen, sich zuvor mit seinen theoretischen Arbeiten über den Gegenstand vertraut machen und am Krankenbett erst, wenn jede andere Maßregel im Stich läßt, nach seinen Vorschlägen verfahren. H. Vogt.

Robert Ollerenshaw. *Renal calculus in childhood.* (Brit. med. Journ., 18. Januar 1913.)

Nierensteine bei Kindern (unter 10 Jahren) sind selten; manchmal finden sie sich als zufälliger Sektionsbefund, ohne in vivo Symptome gemacht zu haben. Verf. berichtet über 2 Fälle von 3 und 8 Jahren, bei denen vage Symptome bestanden hatten und die Durchleuchtung Steine von 1 respektive 2 cm Durchmesser zeigte. Möglichst frühzeitige Operation ist die einzige in Betracht kommende Behandlung, die auch in den beiden angeführten Fällen zu ungestörter Heilung führte. Eckhardt.

Raoul Melou. *Le phlegmon perinephritique chez l'enfant.* (Thèse de Lyon. 1912.)

Die perinephritischen Phlegmonen sind weniger selten beim Kinde, als man allgemein glaubt. Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Tatsache, daß wegen des schleichenden Verlaufes der Krankheit diese oft nicht erkannt wird. Die Phlegmonen treten hauptsächlich nach dem sechsten Jahre auf, entweder im Anschluß an ein Trauma oder an eine Infektionskrankheit oder an eine Nieren- oder Darmaffektion.

Klinisch kann die Perinephritis vollkommen latent verlaufen, um erst bei der Obduktion entdeckt zu werden. Am häufigsten jedoch entwickelt sie sich akut, doch ohne charakteristische Symptome. Der Beginn ist sehr verschieden; bald Schmerzen in der Lumbalgegend mit Gehstörungen, bald allgemeine Störungen, welche zunächst einen Typhus vortäuschen können. In anderen Fällen ist das Fieber nicht kontinuierlich, sondern intermittierend, so daß man an eine Malaria denken könnte. Erst allmählich und häufig sehr spät zeigen sich lokale Symptome. Die Lumbalgegend schwillt an, die Schmerzen werden stärker, der Schenkel biegt sich in Abduktion gegen das Abdomen. Häufig beherrschen die Allgemeinstörungen das Krankenbild in solcher Weise, daß die Krankheit unerkannt bleibt, wenn man nicht an sie denkt und wenn man nicht Typhus durch das Fehlen von Roseola, Milzschwellung und Widalsche Serum-

reaktion ausschaltet. Falls die lokalen Symptome klar sind, läßt sich leicht Pyonephrose, Hydronephrose und Nierensarkom ausschließen. Die Prognose hängt von den Ursachen der Erkrankung und vom Allgemeinzustande ab, insbesondere auch von der Promptheit chirurgischer Intervention; lumbale Inzision ist die indizierte Behandlung. Außerdem ist auch noch die kausale Läsion (Pyelonephritis, Renalabszeß, Darmulzeration usw.) zu behandeln.

Saint-Girons (Paris).

Alexius Reiss. *Beiträge zur Pathologie und Therapie der Haemoglobinuria paroxysmalis.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 723.)

Bei 2 Kindern, die nachweislich syphilitisch infiziert waren und an paroxysmaler Hämoglobinurie litten, ließen sich die Anfälle durch Kältewirkung auslösen, dagegen gelang es nicht, in vitro eine Autohämolyse zu beobachten, auch nicht nach Zusatz von frischem Komplement. Nach dem Verfahren von Liebermann-Fillinger war verminderte Resistenz der roten Blutkörperchen nachzuweisen. Diese Resistenzverminderung war ausgesprochener zur Zeit des Anfalles. Intramuskuläre Cholesterinzufuhr brachte vorübergehende Besserung, antiluetische Behandlung anscheinend Heilung.

H. Vogt.

Archibald Smith and **C. S. Mc Kee.** *Gonococcal urethritis in a boy aged seventeen months.* (Brit. med. Journ., 26. April 1913.)

Bakteriologisch sichergestellte Gonorrhöe bei einem Knaben von 17 Monaten. Übertragung höchstwahrscheinlich durch die Pflegerin, die das Kind zu sich ins Bett nahm, wenn es unruhig war.

Eckhardt.

Barnett. *Vulvovaginitis in young children.* (Vulvovaginitis kleiner Kinder.) (Arch. of Ped., September 1913.)

Verf. betont die Untersuchung und Behandlung der Portio vaginalis bei der Gonorrhöe kleiner Mädchen. Das Aussehen der erkrankten Schleimhaut ist recht charakteristisch. Die Resultate der Lokalbehandlung sind noch immer unter der sorgfältigsten Handhabung unbefriedigend; nur in einer Minderzahl wurde Heilung binnen 6 Monaten erzielt, obgleich sichtbarer Ausfluß viel früher sistierte. Präparate zur Diagnose sollen der Scheide oder Portio vaginalis entnommen werden. Wachenheim (New York).

Bewegungsapparat.

Rodolph Abercrombie. *The treatment of muscular paresis by means of eccentric movement.* (Brit. med. Journ., 8. März 1913.)

1. Um „exzentrische" Bewegungen hervorzurufen, bringt der Manipulator zunächst den befallenen Muskel in seine kürzeste Stellung

und streckt ihn dann allmählich, während der Patient dieser Streckung widersteht.

2. Solche Bewegungen sind von größerem Werte in der Behandlung von Paresen als die für gewöhnlich angewendeten Muskelbewegungen.

3. Die Erklärung der Wirkung solcher Bewegungen ist in der mikroskopischen Struktur der gestreiften Muskeln zu finden.

Eckhardt.

Psychologie und Psychopathologie.

F. Naville. *Les classes spéciales pour enfants anormaux.* (Die Spezialklassen für schwachbegabte Kinder.) (Schweiz. Rundsch. f. Med., 1913, Nr. 21.)

Verf. bespricht die Aufgabe und Organisation der Spezialklassen und gibt seine Erfahrungen, die er als médecin inspecteur dieser Klassen in Genf gemacht hat. Es folgt eine ausführliche historische Entwicklung der Bestrebungen, die in den verschiedenen Ländern zur Fürsorge für geistig schwache Kinder gemacht worden sind, mit zahlreichen statistischen Angaben, die sich für ein Referat nicht eignen. Als Markstein — nicht nur für die Schweiz — führt Verf. die Gründung des Asyls Abendberg bei Interlaken durch Guggenbükl 1841 an. Deutschland hat die erste Spezialschule 1863 in Halle, die Schweiz folgt 1889, England 1892, Frankreich erst 1904, Genf, dessen spezielle Verhältnisse erläutert werden, im Jahre 1898.

E. Burckhardt (Basel).

Neurologie und Psychiatrie.

G. Resinelli. *Neuropatie e psicopatie nello stato di maternità.* (Neuro- und Psychopathien während des Wochenbettes.) (Atti Soc. It. di Ost. e Ginec., Vol. XVI, 1912.)

Verf. faßt den gegenwärtigen Stand der Wissenschaft betreffs des Zusammenhanges der Nerven- und Geisteskrankheiten während des Wochenbettes in kurzen und klaren Worten zusammen.

Was in dieser Arbeit den Kinderarzt am meisten interessiert, sind die Schlußfolgerungen Verfs. über die Frage, ob das Stillen den mit solchen Leiden behafteten Wöchnerinnen zu gestatten sei oder nicht. Das Stillen ist absolut ausgeschlossen in Fällen schwererer Basedowscher Krankheit, in Fällen von Epilepsie und Tetanie.

Verf. glaubt sich der Meinung Näckes nicht anschließen zu können, daß man nämlich geisteskranken Wöchnerinnen unter be-

sonderer Überwachung das eigene Kind zur Ernährung an der Brust gewähren könne.

Was nun die Psychosen infolge Stillens anbetrifft, die nicht selten in der Periode der Entwöhnung ausbrechen, so sind hier die bestimmenden Faktoren Anämie und Erschöpfung. Sie treten mit Vorliebe im 4. bis 5. Monate nach der Geburt auf, und auch für diese scheint der Prozentsatz in den neuesten Statistiken abgenommen zu haben. Häufig bildet die Periode des Stillens nur eine dem Ausbruch einer Form von Geisteskrankheit besonders günstige Zeit. In der psychiatrischen Klinik in Florenz hätte man 48 Fälle von Psychose infolge Stillens oder in dieser Periode entstandener Psychosen; unter denselben wiegen Formen von Amentia (22) und Melancholie (11) vor, ferner beobachtete man reine Formen von Psychosthenie, Manie und Hysterie.

Die größte Mehrzahl der Fälle heilte binnen 3 Monaten bis zu 1 Jahre, nur eine kleine Zahl ging in chronische Form über und 6 erlagen ihrem Leiden. Man kann also im ganzen eine günstige Prognose stellen, besonders wenn keine schwere individuelle Belastung vorliegt. Die Therapie ist wesentlich abwartend und geht rein den Psychiater an, der hauptsächlich der Geisteskrankheit und dem Erschöpfungszustand seine Aufmerksamkeit zuwendet. Der Gynäkolog wird nur zur Behandlung von Überresten traumatischer oder infektiöser Läsionen infolge der Geburt selbst oder für die Formen von Hyperinvolution heranzuziehen sein, die nicht selten mit solchen Zuständen von Erschöpfung einhergehen. Dotti (Florenz).

H. A. T. Fairbank. *Birth palsy: subluxation of the shoulder — joint in infants and young children.* (Lancet, 3. V. 1913.)

Geburtslähmungen des Armes, zustande kommend durch Zerrung des 5., 6. und 7. Zervikalnerven, heilen nach Verf. in 60% der Fälle in wenigen Wochen von selbst. Bei den übrigen 40% bleiben nur wenige Muskeln gelähmt; in ganz schweren Fällen führt häufig noch Operation (Resektion der geschädigten Nervenstücke) zur Heilung. Wichtig ist rechtzeitige Behandlung: Anlegen einer Schiene (Abbildung), die vollständige Erschlaffung der gelähmten Muskeln bewirkt, Massage, passive Bewegungen. Ist nach 3-monatiger sorgfältiger Behandlung keine Besserung eingetreten, so ist Operation in Betracht zu ziehen. Mitteilung einiger operierter Fälle und Beschreibung der Technik.

Vernachlässigte Fälle führen häufig zur Subluxation des Schultergelenkes; diese entsteht dadurch, daß die Nerven des M. teres major, latissimus und vor allem des subscapularis früher ausheilen und diese Muskeln einen einseitigen Zug auf das Schultergelenk ausüben. Behandlung: Einrenken der Schulter, Anlegen einer Schiene, Massage, Übungen; in verzweifelten Fällen Operation. Verf. hat 18 Fälle operiert und gibt die Technik genau an. Resultate waren gut. 9 Photogramme. Eckhardt.

Johann v. Bókay. *Die Strasburgersche Transparenzuntersuchung bei chronischem Hydrozephalus internus.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 426—441.)

Beobachtungen an 15 Fällen von Hydrozephalus im frühen Kindesalter lehrten, daß die Transparenzuntersuchung eine wertvolle Bereicherung der klinischen Untersuchungsmethoden bildet. Sie kann Hydrozephalus aufdecken bei Kindern, deren normale Schädelgröße ihn nicht vermuten ließ. Außerdem kann man beide Seitenhörner oder eine isolierte Erweiterung der Vorder- oder Hinterhörner schon während des Lebens erkennen. H. Vogt.

Haynes. *Cisterna-sinus drainage for hydrocephalus.* (Arch. of Ped., September 1913.)

Verf. erzielte bei einem Falle bedeutende Besserung. Die Arbeit bezieht sich zumeist auf die Operationstechnik.

Wachenheim (New York).

S. Thomas Walter. *Experimenteller Hydrozephalus.* (Journ. exper. med., XX, S. 106—119.)

Die Injektion kleiner Mengen Aleuronat in einen Seitenventrikel des Hirns führt bei Hunden zu einer akuten Entzündung mit einem aus polynukleären Zellen bestehenden Exsudat. Überlebt das Tier dieses Stadium, so finden sich weiterhin die Zeichen chronischer Entzündung in Gestalt von lymphoiden und großen mononukleären Zellen und einer Wucherung des Bindegewebes im Plexus chorioideus. Wucherung des Ependyms beginnt in der ersten Woche, ist aber ausgeprägter in den folgenden Wochen. Wenn im Verlauf der chronischen Entzündung Hindernisse für den freien Abfluß der Zerebrospinalflüssigkeit entstehen, so erweitern sich die Ventrikel. Die Erweiterung erreicht den Höhepunkt nach etwa 2 Monaten. Daß der freie Abfluß der Zerebrospinalflüssigkeit gehemmt ist, auch wenn makroskopisch die Verlegung nicht nachgewiesen werden kann, läßt sich zeigen durch Injektion von Farbstoff (Tusche) in den Ventrikel. Das Hindernis für den freien Abfluß findet sich am häufigsten am Foramen Magendii. H. Vogt.

John Henderson. *A case of idiopathic cerebral abscess.* (Lancet, 31. V. 1913.)

Ein Knabe von 13 Jahren, früher nie ernstlich krank, bekam am 5. April 1912 plötzlich heftige Kopfschmerzen und Konvulsionen. Am nächsten Tage dieselben Erscheinungen; Lumbalpunktion negativ. Dann trat eine Pause ein bis zum 3. Mai, an welchem Tage nur Erbrechen auftrat. Am 29. Mai „geheilt" entlassen. Nach einigen Wochen begannen die Kopfschmerzen wieder in Intervallen aufzutreten; mit Anfang Oktober wurden sie konstant und traten hauptsächlich in der Stirngegend auf; große Unruhe und Schlaflosigkeit.

Am 7. Oktober wieder Konvulsionen. Anamnestisch kein Trauma, keine Ohrerkrankung, kein septischer Prozeß. Temperatur normal; Pupillen ungleich, aber beide dilatiert, träge Reaktion auf Lichteinfall; Nervi aptici gerötet. Nach einigen Tagen Protrusio bulborum. Am 20. Oktober Temperaturanstieg, am 22. Exitus. Sektion: Großer Gehirnabszeß in der linken Parietalgegend, der in die Ventrikel durchgebrochen war; akute basale Meningitis. Herdsymptome waren nicht vorhanden gewesen. (Bakteriologische Untersuchung fehlt! Referent.) Eckhardt.

Comby. *Encéphalite aiguë chez les enfants.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, S. 146.)

Klinische Studie. Thorspecken.

G. A. Sutherland and **Hugh Paterson.** *On a type of cerebral Maldevelopment (form train aplasia).* (Über einen Typus von zerebraler Mißbildung. Hirnaplasie.) (Quart. Journ. of Med. VII, Nr. 25, S. 61, Oktober 1913.)

Verf. machen auf eine besondere Form von zerebraler Mißbildung aufmerksam, welche charakteristische klinische Symptome und post mortem bestimmte pathologische Veränderungen zeigt. Es werden 2 Fälle beschrieben und mit Photographien der klinischen Symptome intra vitam und der postmortalen pathologischen Veränderungen illustriert.

Die Kinder zeigten starke Apathie, so daß niemals ein Zeichen von Bewußtsein an ihnen bemerkbar war. Zeitweise wurden sie von Weinkrämpfen befallen, welche einen seltsamen ausdruckslosen Charakter hatten. Ein auffallendes Zeichen war das Gähnen. Saugen und Schlucken wurde früh durch Anfälle von Tachypnoe gestört, welche stundenlang anhielt und während welcher die Atmung auf 160 per Minute anstieg. Manchmal war unerklärte Tachykardie vorhanden, während welcher die Pulsfrequenz auf 200 per Minute anstieg. Es bestanden Zuckungen der Extremitäten — manchmal klonische, manchmal tonische — und der Rumpf wurde allmählich in Form von Opisthotonus und Pleurosthotonus fixiert.

Die hauptsächlichsten pathologischen Veränderungen betrafen das Großhirn, welches bei der Autopsie in geschrumpftem Zustande auf der Schädelbasis lag und von einer großen Flüssigkeitsmenge in der Pia arachnoidea (Hydrocephalus externus) umgeben war. Kleinhirn, Pons und basale Strikturen waren scheinbar normal.

Die klinischen Erscheinungen ließen annehmen, daß eine abnorme Funktion der unteren Hirnzentren vorliege und die Bewußtlosigkeit sowie das Fehlen von Schmerzempfindung und Hemmungseinflüssen ließen daran denken, daß die oberen Zentren zugrunde gegangen seien. Diese Schlüsse wurden durch den Sektionsbefund bestätigt. Autoreferat.

Marta Ulrich (Berlin). *Klinische Beiträge zur Lehre vom angeborenen Kernmangel.* (Aus: „Sammlung zwangloser Abhandlungen zur Neuro- und Psychopathologie des Kindesalters" von Dr. E. Stier, Berlin. Bd. 1, H. 4, M. 2.50.)

Ich möchte auf den Inhalt dieser lesenswerten Abhandlung etwas näher eingehen. Es ist beim Kernschwund nach Ziehen zu unterscheiden zwischen Aplasie beziehungsweise Hypoplasie (Fehlen beziehungsweise unvollkommene Ausbildung) und Dysplasie (eine von vornherein normale oder minderwertige Anlage wird durch eine ante-, intra- oder postnatale Entwicklungsstörung geschädigt). Da die Entwicklung der Hirnnervenkerne erst im 5. Lebensjahre abgeschlossen ist, kann die Schädigung bis zu diesem Termin wirksam sich entfalten. Beide Formen sind als endogene oder exogene Erkrankungen streng zu trennen. Bei der Hypoplasie kann der Defekt unter Umständen so geringfügig sein, daß es erst allmählich unter den Anforderungen des Lebens zu deutlichem Funktionsausfall führt. Es kommt zu einem vorzeitigen Absterben, einer Atrophie der Nervenzellen, ein Vorgang, den Gowers als Abiotrophie bezeichnet hat. In diesem Falle wird in allmählichem Anstiege eine gewisse, dann stationäre Höhe der Ausfallserscheinungen erreicht, oder es findet sich eine dauernde Progression mit remittierenden Stadien. Diese Formen stehen den progressiven Nuklearerkrankungen und den rezidivierenden Okulomotoriuslähmungen nahe.

Die angeborene Form ist überwiegend stationär, bisweilen sogar besserungsfähig (wie wir es bei Littlescher Krankheit öfter ebenfalls sehen).

Klinisch läßt sich diese Unterscheidung nicht durchführen, hier wird praktischer nach angeborener oder erworbener Natur der Erkrankung gefahndet. Nach diesem Prinzip gruppiert und schildert die Verfasserin 26 Fälle. Sie konnte in keinem Falle gleichartige Heredität oder familiäres[1]) Auftreten feststellen, dagegen war die Hälfte der Fälle neuro- respektive psychopathisch belastet. Alkoholismus der Aszendenz erscheint beachtenswert.

Bei angeborenen Beweglichkeitsdefekten fanden sich, was schon frühere Autoren als charakteristisch hervorgehoben haben, niemals Doppelbilder. Bei Lähmungen, die nach gefestigtem binokularem Sehakte (vom 6. Jahre ab) erworben werden, fehlen die Doppelbilder dagegen nie.

Daß einseitige Augenmuskellähmungen nur kongenital vorkommen (Kunn), vermag Verf. nicht zu bestätigen.

Unter ihrem Material von erworbenen Störungen fehlten ferner Fälle des fazio-bulbären Typs.

Die kongenitale Bulbärparalyse sieht Verf. als Unterabteilung (fazio-bulbären oder bulbären Typ) der Kernaplasie an.

---

[1]) Dagegen spricht sie auf Seite 36 von charakteristischem familären Auftreten(?).

Da die Kernaplasien zu den Hemmungsmißbildungen gehören, sollte eine stärkere Beteiligung der linken Körperhälfte zu erwarten sein. Das Material der Verf. ließ wider Erwarten und im Gegensatz zu Axenfelds Beobachtungen keine Differenz der lateralen Lokalisation erkennen.

Die Eigentümlichkeiten des Verlaufs werden im Zusammenhang mit der Differentialdiagnose eingehend abgehandelt. Sehr nahe Beziehungen bestehen zur infantilen Form der Dystrophia muscularis progressiva, die nicht selten im Gesicht beginnt. Die abiotrophische Form des angeborenen Kernmangels und die Dystrophia sind nach Ziehen Parallelvorgänge. Auf der gemeinsamen Basis einer kongenitalen Unterwertigkeit des peripheren Neurons spielt sich der eine Prozeß in der „Anfangsstation", dem Kern, der andere dagegen im Muskel, der „Endstation", ab. Die frühinfantile spinale Muskelatrophie (Werdnig-Hoffmann) wird nach Ziehen als abiotrophische Form einer dem infantilen Kernschwund analogen Entwicklungsstörung im Vorderkerngebiet des Rückenmarks angesehen. Klotz.

Th. Savini-Castano und **E. Savini.** *Beitrag zur Ätiologie, Pathogenese und pathologischen Anatomie der Tay-Sachschen familiären amaurotischen Idiotie.* (A. d. Kinderklinik in Berlin; Prof. Heubner.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, H. 5/6, S. 320.) (Festschr. Heubners.)

Aus der umfangreichen Arbeit, für die ein bereits früher publizierter Fall (Koh. Charité-Annalen, 1906) das Material lieferte, geben wir hier nur die charakteristischen pathologisch-anatomischen Befunde wieder, während wir hinsichtlich der Untersuchungstechnik, der Ansichten der Verff. über die Pathogenese und Ätiologie auf das Original verweisen müssen. Die Befunde sind nach den eigenen Worten der Verff. folgende gewesen:

1. Die fast vollständig fehlende Myelinisierung des ganzen Gehirns, was in diesem Grade bis jetzt noch bei keinem Fall von amaurotischer Idiotie erwähnt wurde. Es besteht sehr wahrscheinlich einerseits eine Bildungshemmung der myelinhaltigen Fasern und anderseits ist wegen des degenerativen Prozesses das schon existierende Myelin zugrunde gegangen.

2. Der rund- oder birnförmige Zustand der Nervenzellen, verbunden mit starker Aufblähung derselben. Es handelt sich um eine ausgesprochene, fast allgemeine Degeneration der sämtlichen Nervenzellen sowohl des vegetativen Gehirns als auch des Denkhirns der höheren psychischen Funktionen.

3. Die Abwesenheit von Neurofibrillen und von zu verfolgenden Achsenzylindern. Man sieht nur sehr vereinzelte und kleine Bruchstücke von Achsenzylindern, die aber nicht in Kontinuität mit den Ganglienzellen stehen.

Wir haben also weder Neurofibrillen noch Myelinfasern nachzuweisen vermocht. Es wäre nach Döllken ein Parallelismus in

der Entwicklung der Neurofibrillen und der Myelinisierung des Gehirns und diese Angabe könnte für eine Bildungshemmung in unserem Falle sprechen. Wir müssen aber noch hinzufügen, daß Cajal und Brodmann behaupten, daß die Neurofibrillen sehr frühzeitig entstehen, sich aber nur erst später konstant und regelmäßig färben lassen.

4. Eine starke Neuronophagie.

5. Die von uns angegebenen Gefäßbilder mit ihrer zelligen Infiltration der erweiterten Lymphscheiden sind bis jetzt noch nicht beschrieben worden.

6. Das Vorhandensein von Corpora amylacea in dem hinteren Teile des Gehirns, da, wo die edlen Elemente die stärksten Veränderungen aufweisen. Diese Amyloidkörperbildung findet besonders um die Gefäße der weißen Substanz herum statt; sie beweist nur, daß man es mit einem langsamen Degenerationsprozeß zu tun hat, was wohl auf eine allzu frühzeitige Seneszenz hinweist. Die Amyloidkörper enststehen wahscheinlich aus Bruchstücken verquollener Achsenzylinder, denen vielleicht noch Reste von verändertem Mark anhaften.

Auf Grund dieser Befunde glauben die Verff., daß es sich bei der Tay-Sachsschen Idiotie um einen degenerativen Prozeß in einem noch unentwickelten Gehirn handle. Birk (Kiel).

E. Jevzycki. *Ein Fall von juveniler Tabes mit Geistesstörungen.* (A. d. psych. Klinik in Kiel.) (Inaug.-Dissert., Kiel.) Birk (Kiel).

Hirschfeld und **Berrchard.** *Der sexuelle Infantilismus.* (Juristisch-psychiatr. Grenzfragen, Bd. IX, H. 5.) (Verlag von Marhold, Halle, Preis: M. 1.20.)

Von rein spezialistischem Interesse. Birk (Kiel).

Frederick Langmead. *Varities and treatment of chorea.* (Brit. med. Journ., 14. Juni 1913.)

Verf. unterscheidet nach den Erscheinungsformen eine motorische, maniakalische, paralytische, kardiale, latente und residuale Chorea. Latente Chorea kann leicht übersehen werden, wichtig ist Beobachtung des Verhaltens der Pupillen. Außer rhythmischer Kontraktion und Dilatation kommen Erscheinungen vor, die es wahrscheinlich machen, daß bei Chorea auch die Muskulatur der Iris unkoordinierten Bewegungen unterworfen ist; so z. B. vorübergehende unregelmäßige Gestaltung der Pupille: ovale, unregelmäßige Formen, exzentrische Stellung usw. Von medikamentöser Behandlung hält Langmead vor allem Salizyldarreichung für angebracht, besonders wenn Temperatursteigerungen vorhanden sind. Von Arsenik hat er nicht erhebliche Vorteile, wohl aber Nachteile (Gastritis, Neuritis) gesehen. Die „Nachbehandlung" darf nicht zu spät einsetzen; Massage und allerhand Übungen für Arme und Beine sind von großer Wichtigkeit. Eckhardt.

Navarro. *Nodosités rhumatismales chez un enfant atteint de chorée.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, 7.)

Fall von Rheumatismus nodosus im Verlauf einer Polyarthritis mit Chorea und Aortenaffektion (Elongatio aortae). Ein Knoten wurde mikroskopisch untersucht. Thorspecken (Bremen).

Déléarde et Valette. *Contribution à l'étude de la théorie organique de la chorée de Sydenham.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, 7.)

12 Fälle von Chorea wurden genau auf die Anwesenheit klinischer Zeichen einer organischen Gehirnläsion untersucht. Nur bei einer Minderzahl ließen sich Störungen nachweisen, die auf Läsionen der Pyramidenbahn und des Kleinhirnes schließen ließen, aber auch bei diesen blieb die Bewertung der Befunde vielfach unsicher.

Thorspecken (Bremen).

Adele Tobias. *Zur Prognose und Ätiologie der Kinderhysterie.* (Inaug.-Dissert.. München, 1913. S. Karger, 112 S.)

Verf. gruppiert ihre Fälle in 3 Gruppen:

1. Kinder ohne hysterische Charakteränderung in der anfallsfreien Zeit.

2. Kinder mit hysterischer Charakteränderung auch in der anfallsfreien Zeit, aber sofortigem Verschwinden der Charakteranlage bei endgültigem Aufhören der Anfälle. In beiden Gruppen ist die Prognose absolut günstig.

3. Fälle mit dauernder hysterischer Charakteränderung; a) nervöse, b) degenerativ veranlagte Kinder.

Die Prognose ist hier dubiös und abhängig von den äußeren Lebensbedingungen, der Erziehung, dem Lebensschicksal und besonders dem Grade der Belastung. Letztere ist für die Gruppe der degenerativen Fälle in erster Linie bedeutungsvoll. Natürlich ist die Prognose um so ungünstiger, je länger die Krankheitszustände bestehen und je häufiger sie aufgetreten sind.

Die Schwere der hysterischen Erscheinungen war ohne Einfluß auf die Heilung. Die Prognose ist um so günstiger zu stellen, je stärker der äußere Reiz war, dessen es zur Entfaltung der Hysterie bedurfte. Bei fast allen geheilten Fällen brach die Krankheit infolge eines heftigen psychischen Schocks aus, bei den ungeheilten Fällen waren die auslösenden Momente entweder sehr gering oder gar nicht nachweisbar.

Lebensstellung der Eltern und örtliches Milieu waren auf die Dauerprognose ohne Einfluß. Unter den ungeheilten Kindern waren solche aus gebildeten Kreisen und dem Arbeiterstande, aus Stadt und Land.

Das Geschlecht ist nicht ohne Bedeutung: von 5 ungeheilten Fällen waren 4 weiblichen Geschlechtes. Je höher das Alter, um so schlechter ceteris paribus die Prognose.

Hereditäre Belastung beeinflußt die Prognose zum mindesten ungünstig und macht ihre völlige Heilung stets zweifelhaft; doch gibt es unzweifelhaft nicht seltene Fälle, die auf psychopathischer Basis entstanden, doch mehr oder minder rasch zur Heilung kommen.

Die Tatsache, daß es beim Kinde, dem Charakter der Kinderpsyche entsprechend, nur geringer Veranlassung bedarf, um die hysterische Veranlagung herbeizuführen, erklärt die im allgemeinen so günstige Prognose. Ist doch sozusagen, wenn wir die kindlichen Charakterzüge (unbeherrschtes Wollen, jäher Stimmungswechsel, Egoismus, Haltlosigkeit, Überwiegen des Gemütslebens über das Verstandesleben, Suggestibilität usw.) bedenken, jedes Kind zur Hysterie disponiert.

Auch Verf. beobachtete häufig die ersten Hysteriesymptome in der Schule (Ermüdung, Emotionen aller Art bis zum psychischen Schock als auslösende Momente). Klotz.

Neter (Mannheim). *Die Masturbation im vorschulpflichtigen Alter.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, S. 497.)

26 eigene Fälle bilden das Material zu dieser Studie über die Masturbation kleiner Kinder. Ein Zusammenhang zwischen frühzeitiger Masturbation und neuropathischer Konstitution ist nach den Ermittlungen Neters nicht anzunehmen. Auch ungünstige Folgen am Nervensystem wurden nicht beobachtet, nur gewisse psychische Eigentümlichkeiten, denjenigen älterer Masturbanten ähnlich, machten sich geltend. Über die Prognose äußert Neter sich vorsichtig, aber bei einem Teil der Kinder gelingt sicher eine dauernde Beseitigung der Masturbation. Thorspecken.

Edmund C. Bevers. *A case of facio-hypoglossal anastomosia.* (Lancet, 14. V. 1913.)

Nach einer durch Mittelohreiterung notwendig gewordenen Radikaloperation bei einem 14jährigen Mädchen trat Fazialislähmung ein. Nach Abheilung der Wunde wurden Fazialis und Hypoglossus freigelegt, beide gespalten und ein Teil des letzteren zwischen die Teile des Fazialis eingenäht. Heilung per primäre Galvanisation und Massage der gelähmten Muskeln während 3 Wochen. Nach 6 Monaten war das Gesicht symmetrisch, weitere 9 Monate später war die Gewalt über die Muskulatur wiedergekehrt und nach weiteren 3 Monaten die letzten kleinen Defekte fast beseitigt; auch die vorher noch bestehenden Mitbewegungen der Zunge bei Innervierung des Gesichtes waren fast verschwunden. 2 Abbildungen vor der Operation und 15 Monate nachher. Eckhardt.

Viereck. *Aus der Pathologie des vegetativen Nervensystems beim Kinde.* (A. d. Charité-Kinderklinik in Berlin; Prof. Heubner.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, H. 5/6, S. 433.) (Heubner Festschrift.)

Die pharmakologische Prüfung des vegetativen Nervensystems ist bisher nur bei Erwachsenen gemacht worden. Den Versuchen

am Kind haben Eppinger und Hess sogar ausdrücklich widerraten. Indes zeigt der Verf. hier, daß das Kindesalter durchaus keine Kontraindikation zu derartigen Experimenten abgibt. Er untersuchte zunächst die Reaktion auf Pilokarpin (0·1 bis 1 mg). Zur Verfügung standen 3 Kinder mit exsudativer Diathese und 4 mit verschieden starken Störungen im Bereich des vegetativen Nervensystems: 2 postdiphterischen Lähmungen, 1 Angina pectoris, 1 mit Verdauungsstörungen. Die Reaktionen waren nicht sehr evident, wohl trat geringe Schweißsekretion, bei den jüngeren Kindern auch Speichel- und Tränenfluß ein, aber eine ausgesprochene Pilokarpinwirkung war nicht vorhanden. Auch die Pulsverlangsamung war nicht sehr ausgesprochen.

Deutlicher war die Wirkung des Atropins (0·5 mg bei Kindern von etwa $1^1/_2$ Jahren). Die Pulsfrequenz stieg nach $^3/_4$ bis 1 Stunde auf 48, sogar um 55 Schläge in der Minute, wenigstens bei den letztgenannten 4 Kindern. Nach Adrenalin (0·5 mg bei $1^1/_2$ Jahren, 1 mg bei 5 Jahren) trat in 5 unter 6 Fällen Glykosurie auf, 0·4% polarimetrisch. Vor den Adrenalininjektionen wurden 30 bis 100 g Milchzucker per os gegeben.

Die Kinder wiesen somit sowohl vagotonische wie sympathikotonische Zeichen auf. Außerdem fand sich bei den 2 Kindern mit diphtherischer Lähmung ein ausgesprochenes Aschnersches Phänomen (Pulverlangssamung bei Druck auf die Bulbi). Daraus geht hervor, daß die Prüfung des vegetativen Nervensystems auch beim Kind refolgreich ist und deutbare Resultate ergibt. Birk (Kiel).

Eckert. *Die pharmakologische Prüfung des vegetativen Nervensystems im Kindesalter.* (A. d. Kinderklinik d. Charité; Prof. Heubner). (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, H. 1/2, S. 41.) (Heubner-Festschrift.)

Einige Fälle von intestinalem Infantilismus (Herter) zeigten eine gewisse Übereinstimmung im Tonus des vegetativen Nervensystems.

Andere Kinder mit den Erscheinungen einer funktionellen Minderwertigkeit — Rachitis, chron. Ekzem, Spasmophilie — zeigten erhöhte Empfindlichkeit des vegetativen Nervensystems für Atropin. Eine gesteigerte Empfindlichkeit für Pilokarpin fand sich bei Kindern mit Symptomen der Spasmophilie, ebenso bei solchen mit akuter Poliomyelitis. Eine erhöhte Adrenalinempfindlichkeit war bei einigen Kindern mit chronischem Ekzem und „Lymphatismus" zu konstatieren. Bei Kindern jenseits des 3. Lebensjahres fand sich der von Eppinger und Hess angenommene Antagonismus zwischen sympathischem und autonomem System nur im allgemeinen bestätigt.

Birk (Kiel).

Stoffwechselkrankheiten.

Eric Pritchard. *Notes on two unusual cases of infantile scurvy.* (Lancet, 7. VI. 1913.)

Bei einem Kinde von 9 Monaten trat anschließend an eine fieberhafte Erkrankung allgemeines Ödem auf, das hohe Grade erreichte und gegen Fingerdruck sehr resistent war; Fieber bestand weiter; es traten hämorrhagische Darmentleerungen auf. Verf. teilt mit, daß er „nach Erforschung der bisherigen Ernährungsmethode sich überzeugt fühlte, daß es sich um einen abnormen Fall von Skorbut handelte"; nähere Angaben fehlen. Antiskorbutische Diät (welche? Ref.) brachte tatsächlich schnelle Heilung. Ein zweites Kind, 10 Monate alte, bekam anschließend an ein Trauma ein Hämatom am Kopfe, das ständig an Größe zunahm. Unter antiskorbutischer Diät, bestehend in Orangensaft, rohem Fleischsaft, Eiweißwasser und Milch, verschwand das Hämatom rasch. Eckhardt.

E. Cordier. *A propos du scorbut infantile.* (Barlowsche Krankheit.) (Scalpel, 26. Januar 1913.)

Verf. sieht nicht die einzige Ursache der Barlowschen Krankheit in der Ernährung mit industriell modifizierter Milch und in industriell modifizierten Mehlen. Auch bei Kindern, welche mit frischen Nahrungsmitteln ernährt wurden, trat Barlowsche Krankheit auf. Er bleibt ein Freund der maternisierten Milch usw., welche er nicht entbehren kann. Philipps (Antwerpen).

Knox. *Diabetes in early infancy.* (Diabetes im Säuglingsalter.) (Bull. John Hopkins Hosp., September 1913.)

Verf. berichtet über 15 Fälle aus der Literatur, davon einen eigener Beobachtung. Verf. meint, daß die Prognose nicht ganz ungünstig sei, und empfiehlt die übliche Behandlung mit Kohlehydratentziehung und eingeschalteten Haferschleimtagen, natürlich der Säuglingsdiät entsprechend modifiziert. Der Milchzucker wird möglichst fortgelassen und das Kaloriendefizit durch Anreicherung an Eiweiß und Fetten ersetzt. Wachenheim (New York).

Erich Meyer. *Über den gegenwärtigen Stand der Pathologie und Therapie des Diabetes insipidus.* (Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Verdauungs- und Stoffwechselkrankh., Bd. V, H. 2. 1914, M. 1.50.)

Fälle von Diabetes insipidus sind auch im Kindesalter mehrfach beobachtet worden. Abgesehen davon verdient die Darstellung des Verf., dem wir schon mehrere wertvolle Arbeiten auf diesem Gebiete verdanken, auch deshalb unser Interesse, weil sie uns mit mannigfachen neu erworbenen Kenntnissen über den Wasserstoffwechsel und seine Beziehungen zum Nervensystem und zur Funktion

der Hypophyse bekannt macht, die wir zum guten Teil den Untersuchungen des Verf. und seiner Schüler zu verdanken haben.

H. Vogt.

Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen.

K. Stolte. *Über Störungen des Längenwachstums der Säuglinge.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 399—425.)

Säuglinge, die infolge von Ernährungsstörung stark abgenommen haben, weisen dabei auch Hemmung des Längenwachstums auf. Bei Reparation unter natürlicher Ernährung kommt das Längenwachstum erst dann wieder in Gang, wenn die vorausgegangenen Verluste an Körpergewicht ausgeglichen sind. Wenn es etwa durch ein Allaitement mixte oder auch durch künstliche Ernährung gelingt, einen schnellen Ersatz der vorhergegangenen Einbuße an Körpergewicht zu erreichen, so kommt auch das Längenwachstum früher wieder zur Geltung. Es hat den Anschein, daß beim Säugling Salzverluste eine besondere Bedeutung für die Störungen im Längenwachstum haben. Das zeigen Beobachtungen an Säuglingen mit verschiedenartigen Ernährungsstörungen, deren Einfluß auf den Salzansatz bekannt ist. Muskelkräftige Kinder mit guter Hautfarbe sind in ihrem Wachstum nicht so empfindlich gegen unzweckmäßige Ernährung als muskelschwache blasse Kinder. Infektionskrankheiten scheinen das Wachstum nur insofern zu beeinträchtigen, als sie die Ernährung stören.

H. Vogt.

E. Wieland. *Über Rachitis und ihre Behandlung.* (Schweiz. Rundschau f. Med., 1913, Nr. 8.)

Verf. gibt in einem Fortbildungsvortrag für Schweizer Ärzte eine prägnante, kritische Darstellung der modernen Rachitislehre. Dabei ist hervorzuheben, daß in der Ätiologie der Nachdruck weniger auf die komplexen schädigenden Faktoren gelegt wird, welche das Kind mit zunehmendem Lebensalter in immer reicherem Maße treffen, als vielmehr auf die Reaktion des kindlichen Organismus selbst. Als eigentlich ursächlich sind angeborene, zum größten Teile echt hereditäre, d. h. in den Keimzellen übertragene Momente anzusprechen. Verf. schließt sich Hansemanns Ansicht an, daß Rachitis eine Krankheit des Kulturmenschen ist, eine Folge aller möglichen mit der fortschreitenden Domestizierung der Menschheit zusammenhängenden Lebensfaktoren.

Es wird die Wichtigkeit der Frührachitis am Schädel der Säuglinge betont, die sich in einer geradezu unheimlichen Häufigkeit findet. Entgegen den Behauptungen von Stölzner u. a. von dem restlosen Ausheilen der Säuglingskraniotabes ist an der Tatsache festzuhalten, daß jede, auch die leichteste Kraniotabes

auf das übrige Skelett konstant zurückwirkt. Verf. hält es darum für berechtigt, auch die Fälle von sogenannter Rachitis tarda universeller und partieller Natur des Pubertätsalters als Spätexazerbation einer primären Säuglingsrachitis aufzufassen.

Von Strontium sah Verf. bei florider Rachitis keinen Erfolg; er ist höchstens bei remittierender Rachitis mit positiver Kalkbilanz zu erwarten, d. h. überall da, wo es nur auf Steigerung der Knochenapposition, aber nicht gleichzeitig auf eine Besserung des Kalkstoffwechsels ankommt. E. Burckhardt (Basel).

van Lair. *Rachitisme et gastrectasie.* (Rachitis und Gastrektasie.) (Scalpel, 19. und 20. Januar 1913.)

Verf. hat konstatiert, daß akute und chronische Affektionen des Säuglingsmagens oft zu Atonie und Dilatation führen, welche mechanisch mit Hilfe der Rachitis eine typische thorakale Expansion hervorrufen, welche ihrerseits zu Magenatonie führt.

Philipps (Antwerpen).

Ernst Schloss. *Zur Therapie der Rachitis.* 1. Mitteilung: *Die Wirkung von Phosphorlebertran und Calcium aceticum auf den Stoffwechsel des natürlich ernährten rachitischen Kindes.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 694—722.)

An einem jungen mit Ammenmilch ernährten Säugling, der leichte rachitische Erscheinungen aufwies, wurde im Stoffwechselversuch geringe Aschen- und Kalkretention erwiesen. Phosphorlebertran wirkte verschlechternd, dagegen führte gleichzeitige Zufuhr von Phosphorlebertran mit Kalzium aceticum zu einer starken Kalkretention, ohne daß die Magnesia- und Phosphorbilanz oder diejenige der Alkalien sich besserten. Die gesteigerte Kalkretention unter der Einwirkung von Phosphorlebertran und Kalzium aceticum bestand auch noch in einem später ausgeführten weiteren Versuch, dagegen wurde dauernd Magnesia vom Körper abgegeben.

H. Vogt.

M. Böhm (Berlin). *Die Behandlung der rachitischen Deformitäten.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, S. 84.)

Übersichtliche Darstellung mit zahlreichen Abbildungen.

Thorspecken.

S. Stoeßer. *Über die Ätiologie und Therapie der Osteomalazie und Rachitis.* (Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte, 1913, Nr. 9.)

Fehling hat bekanntlich zuerst auf die Heilbarkeit der puerperalen Osteomalazie durch Kastration aufmerksam gemacht. Dadurch hält Verf. für erwiesen, daß die Osteomalazie „einer Hyper- oder doch Dysfunktion" der Ovarien ihren Ursprung verdankt. Und zwar kommt nicht deren äußere Sekretion (die Ovulation)

in Betracht, sondern ausschließlich die innere, zur Bildung der Ovarialhormone Anlaß gebende.

Von der Osteomalazie unterscheidet sich die Rachitis auf Grund der modernen pathologisch-anatomischen Untersuchungsergebnisse nicht mehr prinzipiell. Stoeßer nimmt daher für beide Knochenkrankheiten auch gleiche ätiologische Ursachen an. Beide sollen durch Hypersekretion (Hormone) der Geschlechtsdrüsen entstehen, bei weiblichen Individuen durch Ovarialhormone, bei männlichen durch Testikularhormone. Bei erwachsenen Individuen beobachten wir Osteomalazie, bei jugendlichen unter den gleichen Umständen Rachitis.

Um den experimentellen Beweis für diese neueste Rachitistheorie zu erbringen, verpflanzte Stoeßer zunächst bei Kaninchen verschiedenen Geschlechtes die entsprechenden, frisch oxydierten Geschlechtsdrüsen (Ovarien, Hoden) gesunder Kaninchen ins präperitoneale Gewebe. Obgleich die Organtransplantationen gelangen, erhielt Stoeßer keine beweisenden Resultate, angeblich wegen der Kleinheit der Tiere sowie weil Kaninchen spontan keine Rachitis akquirieren.

Dagegen will Stoeßer bei einem Kalbe, 4 Wochen nach gelungener Ovarialtransplantation, schwere akute Rachitis beobachtet haben, ebenso bei einem jungen männlichen Hunde, 4 Wochen nach Einpflanzung der frisch exzidierten Testikel eines andern gesunden Hundes. Leider verfügt Verf. nur im letzten Falle über histologische Untersuchungen des betreffenden Skelettes. Danach zeigten sich charakteristische Rachitiskriterien an den Epiphysen. Über die Ausbildung osteoiden Gewebes erfahren wir dagegen nichts, so daß die histologische Rachitisdiagnose immerhin noch berechtigten Zweifeln begegnet.

Gleichwohl zieht Verf. aus seinen 2 unvollständigen Tierversuchen eine Reihe von Schlußfolgerungen, die nach Ansicht des Referenten höchstens dann gerechtfertigt wären, wenn Verf. über eine große Anzahl völlig eindeutig ausgefallener experimenteller Ergebnisse verfügte, die aber in dieser Formulierung und auf Grund des vorliegenden spärlichen Materials einstweilen noch die Kritik herausfordern. Es seien zum Belege nur die drei letzten dieser Sätze angeführt.

1. Hormone der Geschlechtsdrüsen beeinflussen den Stoffwechsel derart, daß der Knochen weich bleibt, d. h. sie hemmen die Ossifikationsvorgänge.

2. Die Knochenveränderung entspricht der Rachitis und Osteomalazie.

3. Die 2 Krankheiten müssen also eine Folge der Hypersekretion der Keimdrüsen sein. Wieland (Basel).

Haut.

Karasawa. *Über anämische Dermographie im Kindesalter.* (Wiener med. Wochenschr., 1913, S. 2853.)

Streicht man über die Haut eines scharlachkranken Kindes, so bildet sich ein 1 bis 2 Minuten bestehen bleibender weißer Streifen; die Ursache dieses Phänomens ist die erhöhte Kontraktilität der Kapillargefäße. Es findet sich auf der Höhe der Erkrankung fast konstant und tritt auch schneller ein als in späterer Zeit. Bei Masernkranken kommt es auch ziemlich häufig vor, bei Säuglingen läßt es sich niemals nachweisen. Lehndorff (Wien).

Zahorsky. *Roseola infantum.* (Journ. Americ. Med. Assoc., 18. Oktober 1913.)

Verf. erwähnt eine ganze Reihe von Fällen mit mehrtägigem, oft recht hohem Fieber mit nachfolgendem morbilliformem Ausschlag. Es fehlen katarrhalische Symptome, Koplikflecke, Desquamation und Lymphdrüsenvergrößerung. Die Krankheit scheint nicht kontagiös zu sein. Am schwierigsten ist die Differentialdiagnose von Röteln. Wachenheim (New York.)

P. Galli. *Rash urticarien pré-scarlatineux et pré-morbilleux chez le méme enfant.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, 6.)

1 respektive 2 Tage vor Ausbruch des Scharlach- und Masernexanthems trat bei demselben Kinde eine Urticaria auf, beide Male in ähnlicher Weise. Thorspecken (Bremen).

Klingmüller (Kiel). *Über Kinderekzeme.* (Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. Dermat., Syphilidol. u. d. Krankh. d. Urogenitalapparates von J. Jadassohn. Bd. II, H. 3, Karl Marhold, Halle, 1913, Preis: M. 1.—.)

Die Darstellung unterscheidet sich von anderen dermatologischen Abhandlungen dieses Gebietes in vorteilhafter Weise dadurch, daß die Ergebnisse und Ansichten der Pädiater in vollem Umfange berücksichtigt worden sind, wenn auch der Verf. in manchen Punkten einen abweichenden Standpunkt einnimmt.

Thorspecken (Bremen).

Auge.

N. Bishop Harman. *The incidence of ophthalmia neonatorum in London.* (Brit. med. Journ., 24. Mai 1913.)

2 Erhebungen, eine private betreffend 12.000 Geburten in London im Jahre 1906 und eine amtliche betreffend alle Geburten in London von März bis Dezember 1911, haben ergeben, daß rund 0·85% aller Neugeborenen an Ophthalmie erkranken; von diesen haben 5·6

beziehungsweise 5·4% dauernden Schaden erlitten, die meisten kamen durch Vermittlung der Hebammen rechtzeitig in ärztliche Behandlung und wurden geheilt. Bei 40% der Erkrankten fand sich Vaginalerkrankung der Mutter. Bei der Kleinheit dieser Zahlen hält Verf. gesetzliche Maßnahmen, die für die Allgemeinheit die prophylaktische Einträufelung wirksamer Antiseptika fordern, nicht für berechtigt. Eine interessante Angabe teilt er zum Schlusse mit: Schon im Jahre 1807 hat ein Arzt, Dr. Benjamin Gibson, in richtiger Erkenntnis des Vorganges der Übertragung Vorschriften gegeben, daß bestehende Leukorrhöe der Mutter womöglich vor der Entbindung geheilt werden solle, daß die „schädliche Absonderung" wenigstens während der Geburt immer beseitigt werden solle und daß die Augen des Kindes unmittelbar nach der Geburt mit einer Flüssigkeit gereinigt werden sollen. Eckhardt.

H. H. Weidenbaum (Riga). *Anwendung von Höllenstein-Tabletten beim Herstellen von Lösungen, die als Schutzmittel gegen Augen-Blennorrhöe bei Neugeborenen zu dienen haben.* (Wratsch. Gaz., 1913, Nr. 6.)

Die 1%ige Lösung von Arg. Nitr. für ein sicher wirkendes Mittel zur Verhütung von Blennorrhöen bei Neugeborenen haltend, bewußt jedoch, wie unzuverlässig die besagte Lösung beim Aufbewahren und wie kompliziert deren Zubereitung ex tempore ist, schlägt der Autor vor, aus Arg. nitr. zu je 0·1 g dosierte Tabletten herzustellen, um aus ihnen frische 1%ige Lösung durch Verdünnung mit 10 ccm Wasser zu bereiten. Jedoch beim Zubereiten der besagten Tabletten sah man sich aus rein technischen Gründen gezwungen, reinen Salpeter (Kalium nitrium) zu gleichen Arg. nitr.-Teilen hinzuzufügen. Demzufolge war es notwendig, aufzuklären, ob das Beimischen von Salpeter zu den Tabletten, im Sinne von dessen Unschädlichkeit für die Augen, zulässig sei. Der Autor hat in dieser Richtung hin Experimente an seinem eigenen Auge vorgenommen, indem er auf die Konjunktiva 1-, 2- bis 10%ige Salpeterlösungen tröpfelte und fand, daß sie nicht den geringsten Einfluß auf das Auge haben. Und schließlich streute er sich auf die Konjunktiva trockenen Salpeter in Pulverform und fühlte nicht den geringsten Reiz, mit Ausnahme des mechanischen Effekts eines Fremdkörpers, dieses Gefühl verschwand jedoch sofort mit dem Tränen. Die besagten Tabletten werden von der Firma Merck zu je 0·1 g (für die Augen der Neugeborenen) und 0·5 g (für Zubereitung von Lösungen jeglichen Konzentrationsgrades) hergestellt. Die Tabletten von 0·1 g lassen sich ganz leicht in 10 cm^3 Wasser bei Zimmertemperatur (in $3^1/_2$ Minuten) lösen. Für die Tabletten aus 0·5 soll das Wasser leicht aufgewärmt sein. Sednunow (St. Petersburg).

W. Stölzner. *Über Tetaniekatarakt.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. III, H. 5/6, S. 425.) (Heubner-Festschrift.)

Der Verf. ging von der Annahme aus, daß der Tetaniekatarakt nur dann entstehe, wenn die für die Tetanie charakteristische Ver-

änderung der Gewebsflüssigkeiten besonders hochgradig ausgebildet sei oder besonders lange anhalte. Er experimentierte infolgedessen mit Linsen (von Schweinen, Rindern, Kaninchen), die er in (Linsen-) isotonische Lösungen der Natrium-, Kalium-, Magnesium- und Kalziumsalze der Salz-, Ameisen-, Essig-, Propion-, Rhodanwasserstoffsäure sowie in Lösungen von Chlorstrontium und Chlorbarium brachte. Es ergab sich dann folgendes:

In Ca-freien Lösungen von Na- und K-Salzen erlitten überlebende Säugetierlinsen ausnahmslos keine Trübung, in den Lösungen von Ca-Salzen derselben Säuren war dagegen ausnahmslos eine starke Trübung der Linsen vorhanden. Histologisch entsprach diese experimentelle Linsentrübung recht gut dem Tetaniekatarakt. Die Ergebnisse sind also sehr wohl mit der vom Autor vertretenen Ansicht, daß der Tetanie eine Anreicherung der Gewebsflüssigkeiten an Kalzium zugrunde liege, in Einklang zu bringen. Allerdings ließen sich Linsentrübungen auch durch Strontium und Barium erzeugen, in geringerem Maße auch durch Magnesium. Von den unter physiologischen Verhältnissen im menschlichen Körper vorkommenden Mineralien kommt demnach eigentlich nur das Ca als Ursache von Kataraktbildung in Betracht. Birk (Kiel).

Chirurgie.

Woolsey. *General anaesthesia in the surgery of childhood.* (Allgemeine Narkose bei Kindern.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 13. September 1913.)

Verf. mahnt zur Vorsicht bei Operationen an den Tonsillen und adenoiden Vegetationen. Wachenheim (New York).

William Henry Battle and **B. C. Maybury.** *Primary epithelioma of the nipple in a girl aged eleven.* (Lancet, 31. V. 1913.)

Haselnußgroßer, in 10 Wochen gewachsener Tumor der linken Mammilla bei einem 11jährigen Mädchen. Nach Exzision entstand binnen 6 Wochen eine polypoide Exkreszenz in der Narbe; vergrößerte Drüsen in der Axilla. Exzision des Tumors, Achseldrüsen und der sternalen Portion des M. Pectoralis major. Eckhardt.

Hallé et **Salin.** *Tumeur maligne du médiastin chez un enfant de 13 ans.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, 8.)

Es handelte sich wahrscheinlich um einen branchiogenen Tumor von gemischtzelliger Beschaffenheit. Neben Elementen von embryonalem Typus fanden sich hochdifferenzierte Gewebe. Im embryonalen Bindegewebe waren unregelmäßige Knorpelhaufen eingesprengt, umgeben war dasselbe von einem Saum von Zylinder- und Pflaster-

epithel. Ferner fand sich stellenweise karzinomatös-infiltrierendes Epithel mit schlecht differenzierten Zellen. In klinischer Hinsicht bot der Fall erhebliche diagnostische Schwierigkeiten.

Thorspecken (Bremen).

Gluck (Berlin). *Entwicklung und moderne Aufgaben der Chirurgie der Peritonitis.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, S. 340.)

Die Ausführungen interessieren in erster Linie in bezug auf die Behandlung der tuberkulösen Peritonitis. Die Heilungen, die bei prognostisch sonst ungünstigen fibro-adhäsiven und käsigen Bauchfelltuberkulosen sowie bei Mischinfektionen durch offene Behandlung der Bauchhöhle erzielt werden können, sind erstaunlich.

Thorspecken.

Jos. H. Nicoll. *Six cases of hydrocele in infants treated by operation.* (Brit. med. Journ., 22. Februar 1913.)

Mitteilung der Operationstechnik bei Hydrozele (2 Abbildungen), die Verf. auch bei Säuglingen sofort operiert, und zwar poliklinisch.

Eckhardt.

Bles. *Die Krankheit von Alban-Köhler.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1913, II, S. 323.)

Alban-Köhler hat in 1908 eine chirurgische Kinderkrankheit beschrieben, welche den Namen des Autors trägt und welche durch:

1. Schmerz auf dem Fußrücken, spontan oder beim Gehen,

2. Schwellung ohne Rötung, an der Innenseite des Fußrückens auf der Höhe des Os naviculare und

3. ein typisches Röntgenbild charakterisiert ist.

Die Krankheit heilt vollkommen, ohne Hinterlassung einer Spur, durch absolute Ruhe der betreffenden Extremität. Wahrscheinlich wurde sie früher verwechselt mit Tuberkulose der Fußwurzelknochen. Ihre Ätiologie ist unbekannt.

Zu der bestehenden Kasuistik kann Verf. folgenden Fall hinzufügen:

Mädchen von 4 Jahren, war stets gesund. Seit einigen Monaten Schmerz beim Gehen, nicht in der Ruhe. Am linken Fußrücken schmerzhafte Schwellung, etwas fluktuierend, ohne Rötung; Ätiologie unbekannt.

Anfänglich wurde auch hier das Leiden für Tuberkulose angesehen, bis sich bei der Röntgenuntersuchung ergab, daß sich statt der bei der Tuberkulose gewöhnlich vorhandenen Knochenatresie hier eine ganz andere Abweichung vorfand: das Os naviculare war viel kleiner als normal, die Architektur des Knochens fehlte und sein Schatten war viel dunkler als normal (durch überflüssigen Gehalt an Kalksalz). Graanboom.

Etienne et Aimer. *Ostéomyelite typique chez le nourrisson.* (Typische Osteomyelitis.) (Pathol. infant., X, 2.)

Philipps (Antwerpen).

G. de Swietochowski. *A case of Volkmanns ischaemic contracture of the hand.* (Lancet, 17. V. 1913.)

Schwere ischämische Kontraktur der linken Hand bei einem 12jährigen Mädchen, nach Fraktur des linken Ellenbogens im achten Lebensjahre. Behandlung: Schienen von häufig wechselnder Gestalt (entsprechend der fortschreitenden Besserung der Stellung), passive Bewegungen, Massage. Nach einigen Monaten wesentliche Besserung mit Aussicht auf vollständige Heilung. 2 Abbildungen, vor und nach der Behandlung. Eckhardt.

Hendrix. *A propos de quelques cas de fracture supracondylienne du coude chez l'enfant.* (Über einige Fälle von suprakondylären Frakturen des Ellbogens beim Kinde.) (La polycl., XXII, Nr. 5.)

Es ist wichtig, die Fragmente, vor allem wenn sie sich verschoben haben, wieder auf ihren Platz zu bringen und die Ankylose des Ellbogens zu vermeiden. Verf. glaubt, daß man die Fragmente besser durch sogenannte Flexionsmethode als durch Extension zusammenfügen kann. Er immobilisiert höchstens 2 Wochen lang, dann massiert er und mobilisiert häufig Monate hindurch.

Philipps (Antwerpen).

Orthopädie.

A. S. Blundell Bankart. *Treatment of congenital dislocation of the hip.* (Brit. med. Journ., 17. Mai 1913.)

Blundell Bankart hält jedes gewaltsame Verfahren für unnötig und schädlich. Er reduziert (nach Ridlon) die Dislokation über den unteren Rand des Acetabulum, indem er das Bein im Hüft- und Kniegelenk vollständig beugt und dann abwärts drückt; ist so das Caput femoris in die Nähe des Acetabulum gebracht, so wird leicht abduziert und dabei schlüpft der Kopf in die Pfanne. Im Falle doppelseitiger Luxation werden beide Seiten zugleich in dieser Weise behandelt. Dann wird Abduktion im rechten Winkel und Außenrotation hergestellt, und zwar auf beiden Seiten, auch wenn die Luxation einseitig ist; Fixation durch Pflasterverband. Diese Stellung wird nun in Durchschnittsfällen 3 bis 4 Monate lang beibehalten; bei sehr leicht und bei sehr schwer reponierbaren wesentlich länger. Nach dieser Zeit wird die Abduktion verringert, Innenrotation hergestellt und abermals für 4 bis 5 Mon. fixiert. Als letztes Stadium wird die Abduktion allmählich weiter verringert und man läßt nun das Kind Gehversuche machen. Eckhardt.

Hygiene und soziale Medizin.

H. Samter. *Die Gemeinden und die Säuglingsfürsorge.* (Mit zahlreichen Illustrationen.) (Ergänzungsheft Nr. 2 der Zeitschr. für Säuglingsschutz, 1. Jahrgg.)

Im wesentlichen an Hand der Charlottenburger Einrichtungen wird geschildert, in welcher Weise die Gemeinden in zweckdienlicher Weise die verschiedenartigen Einrichtungen zum Schutz der Säuglinge zentralisieren sollten. Thorspecken (Bremen).

Säuglingsernährung und Säuglingssterblichkeit in München. Mitteilungen des Statistischen Amtes der Stadt München. (Bd. XXIV, H, 1, 2. T.)

Die Ernährungsverhältnisse der Münchener unterjährigen Kinder wurden durch Fragebogen gelegentlich der Volkszählung im Dezember 1910 ermittelt und über 10.096 Säuglinge Daten gesammelt, die in anregender Weise verarbeitet werden. Auf die Details kann hier, da sie vielfach nur örtliches Interesse bieten, nicht weiter eingegangen werden. Die meisten Münchener Säuglinge, zirka 59%, wurden am Tage der Volkszählung künstlich ernährt.

Von ehelichen einmonatigen Säuglingen waren 48% an der Brust oder bei Allaitement mixte, von zweimonatigen noch 37%, von nun ab sinkt die Quote weiter bis zu 3% im 12. Monat. Viel schneller nimmt das Stillen bei den Unehelichen ab: am Ende des 1. Monats 31%, des 2. 25%, des 3. 13%.

Tiermilch und Beikost erhielt in den ersten 10 Lebenstagen bereits fast $^1/_4$ aller Ehelichen. 43% aller Ehelichen und 56% aller Unehelichen „haben nie die Wohltat natürlicher Ernährung erfahren". 190 Eheliche und 65 Uneheliche haben von Geburt an auch nicht einmal Tiermilch, sondern andere Nährmittel erhalten.

In den sozial höherstehenden Kreisen ist übrigens der Anteil stillender Mütter prozentual größer als in der Arbeiterschaft (Erwerbsrücksichten). Jedenfalls ist die Tatsache unleugbar, daß ein großer Teil der Mütter, insonderheit der verheirateten, sich der Stillpflicht entzieht.

Was die Münchener Säuglingssterblichkeit anbelangt, so ist sie im Verhältnis zu der der einzelnen Landesteile günstig. Der Landesdurchschnitt für 1912 beträgt 17·7%, für München lautet die Ziffer 13·4%. Der 1911er Sommer hat naturgemäß die Münchener Säuglingssterblichkeit nicht unbeeinflußt gelassen, 17·6%; Zahlen, die von anderen Großstädten (Leipzig, Chemnitz, Fürth u. a.) allerdings weit übertroffen werden.

Der Bericht macht endlich darauf aufmerksam, daß die Bodentemperaturen nähere Beziehungen zum Gange der Säuglingssterblichkeit haben als die Lufttemperaturen. Klotz.

C. de Lange. *Die Säuglingssterblichkeit an Ernährungsstörungen und Krämpfen in Amsterdam während des dritten Jahresviertels 1911.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1913, II, S. 91.)

Der ungünstige Einfluß der hohen Außentemperatur im dritten Jahresviertel 1911 auf die Säuglingssterblichkeit hat sich, so wie anderorts, auch in Amsterdam gezeigt. Während die gesamte Säuglingsmortalität in 1911 34% war, war sie in derselben Jahreszeit von 1907 bis 1911 im Durchschnitt 22%.

Die Mortalität der an Ernährungsstörungen und Krämpfen verstorbenen Säuglinge war in 1911 71·4% während sie in 1907 bis 1911, berechnet immer für das dritte Jahresviertel, zwischen 38·7 und 48·9% schwankte.

Von Lange wurde auch die Höhe der Außentemperatur jeden Tag nachmittags 2 Uhr notiert. Es hat sich dabei ergeben, daß eine Steigerung der Außentemperatur stets von Erhöhung der Mortalität gefolgt wurde.

Die ganze Untersuchung, bei welcher 288 Verstorbene einbegriffen waren, wurde mit Hilfe von 12 Damen angestellt; notiert wurden Ernährungsart, Verlauf der Erkrankung, Wohnungsart usw. Auffallend war der Einfluß der Wohnung, speziell ihre Ventilierbarkeit.

De Lange konkludiert, daß im Interesse des Säuglingsschutzes Verbesserung der Wohnungsverhältnisse dringend nötig sei, und daß die Wäsche außerhalb der Wohnung, oder wenigstens außerhalb des Zimmers, in welchem der Säugling verbleibt, gewaschen werden soll.

Graanboom.

S. Felsenthal (Mannheim). *Die Säuglingssterblichkeit in der Statistik des Großherzogtums Baden.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, S. 314.)

Die Säuglingssterblichkeit ist in den Städten Badens eine geringere als auf dem Lande (wie es auch für Mecklenburg von Brünning nachgewiesen wurde). Für die Abnahme der Säuglingssterblichkeit sowohl in den städtischen wie den ländlichen Bezirken kann die Säuglingsfürsorge nur zu einem Teil verantwortlich gemacht werden, denn in den Landbezirken spielt sie keine Rolle. Felsenthal sucht deshalb nach einem andern Faktor für den Rückgang der Sterblichkeit und glaubt ihn in dem Geburtenrückgang sehen zu müssen, der dem Sterblichkeitsrückgang parallel verlaufend bereits seit 1870 bemerkbar ist.

Thorspecken (Bremen).

J. Joël (Lübeck). *Die staatliche Säuglingsfürsorge in Lübeck.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, p. 427.)

Seit 1911 ist die Säuglingsfürsorge in Lübeck vom Staat organisiert und zentralisiert worden. Joël schildert die getroffenen Einrichtungen.

Thorspecken (Bremen).

Rott. *Die Kinder außerhäuslich erwerbstätiger Ehefrauen und ihre Versorgung.* (Ergänzungsheft Nr. 2 d. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1. Jahrgg.)

Wie Rott durch statistische Aufstellungen nachweist, ist die Zahl der Säuglinge erwerbstätiger Ehefrauen mehr als doppelt so groß wie die Zahl unehelicher Neugeborener. Die Fürsorgemaßnahmen fassen aber bisher größerenteils nur die letzteren, obgleich die Notlage der ersteren oft genug gleich groß ist, da die Pflege und Aufsicht über diese Kinder eine durchaus mangelhafte ist. Rott trägt das wenige hierüber vorliegende Material zusammen und empfiehlt als geeignetste Maßnahme zur Bekämpfung der hier vorliegenden Schäden eine Vermehrung der Krippen. Thorspecken (Bremen).

E. Borchardt. *Die Mitarbeit der weiblichen Schuljugend im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit in New York.* (Mit einem Vorwort von L. Langstein.) (Ergänzungsheft Nr. 4 d. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1. Jahrg.)

Borchardt, welcher von dem Organisationsamte für Säuglingsschutz zu Studienzwecken nach New York entsandt war, schildert die Einrichtung, Bestrebungen und Erfolge des „Bundes der kleinen Mütter". So heißt die Organisation, der die älteren Schulmädchen freiwillig beitreten können und in der sie in einer ihrem Alter entsprechenden Form Belehrung über Pflege und Ernährung des Säuglings sowie praktische Anleitung finden. Während ein Versuch die Mütter zu belehren, fehlschlug, wegen Mangels an Interesse derselben, scheint der hier begangene Weg größeren Nutzen zu versprechen und vielleicht kann das Studium dieser Einrichtung auch für uns wertvolle Hinweise ergeben.

Der Lehrplan für einen Kursus sowie zahlreiche Abbildungen sind beigefügt. Thorspecken (Bremen).

A. Japha. *Hitze und Säuglingssterblickeit in ihrer Beziehung zu Fürsorgemaßnahmen.* (A. d. Säuglings-Fürsorgestelle I d. Stadt Berlin.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, H. 5/6, S. 518.) (Heubner-Festschrift.)

Die Säuglingsfürsorge sollte sich nicht lediglich auf die Stillpropaganda beschränken. Es stehen ihr als Ziele die Wohnungsfürsorge und noch verschiedene andere Mittel zur Verfügung, von denen die Lieferung guter Milch noch immer gewerbsmäßig zu sein scheint, sofern nicht ganz abnorme Temperaturverhältnisse den Zweck zum größten Teil vereiteln. Ferner bildet ein wesentliches Moment die eingehende wohlwollende und persönliche Belehrung.

Birk (Kiel).

Gommaerts. *Le gymnastique respiratoire.* (Respiratorische Gymnastik.) (Belgique méd., XX, 3.)

Rapport Kaitant. *Des avantages et des inconvénients des sports au point de vue de la santé de la jeunesse.* (Bericht über die Vor- und Nachteile des Sports vom Gesichtspunkt der Gesundheit der Jugend.) (Soc. Roy. Méd. Publ. Séance, 17. November 1912.)

Folgende Schlußsätze sind nach einem Berichte und einer öffentlichen Diskussion angenommen worden:

1. Da die körperliche Erziehung und die Ausübung des Sports von den psycho-physiologischen Wissenschaften abhängig ist, so kann nur der Arzt sie leiten.

2. Die Société Royale de Médecine publique und de Topographie médicale opponiert mit all ihren Kräften der jetzigen Art der Ausübung des Sports, die der Gesundheit des Individuums wie der Rasse schädlich ist.

3. Der Staat hat das größte Interesse daran, daß die Jugend sich in physischer, intellektueller und moralischer Beziehung gut entwickle, und daher hat er auch die Pflicht, in den gesamten Schulunterricht einzuführen:

a) die erzieherische, rationelle, pädagogische Gymnastik;

b) die Ausübung von Spiel und Sport unter der Überwachung von Schulärzten, welche für diese Aufgabe besonders vorgebildet sein müssen.

4. Da die Spiele und der Sport nicht in gleicher Weise jedem Individuum zusagen, so hat die Schule eine gute Klassifikation der Übungen auszuarbeiten, indem die einen angenommen und die anderen ausgeschlossen werden.

5. Schwimmen ist ein Sport, welcher von beiden Geschlechtern in jedem Alter ausgeführt werden kann. Es sollte darum wie die erzieherische Gymnastik als obligatorisch in das Unterrichtsprogramm aller Schulen aufgenommen werden.

6. In den mittleren und höheren Klassen sollte das intensive Training aus dem Unterricht verbannt werden.

7. Fußball sollte als Sport in unteren und mittleren Klassen ausgeschlossen sein und nur in den oberen geduldet werden. Ringkämpfe und Boxen müssen verboten werden.

8. Als weitere gesetzgeberische Maßnahme käme hinzu die Beeinflussung der vielen sportlichen Vereinigungen, daß als Mitglieder nur Personen aufzunehmen sind, welche durch die rationelle Schulgymnastik trainiert sind. Philipps (Antwerpen).

A. v. Winiwarter. *Les adversaires des sports athlétiques, pratiqués par la jeunesse.* (Die Gegner des athletischen von der Jugend betriebenen Sports.) (Scalpel, 16. Februar 1913.)

Verf. tadelt die Gegner der gegenwärtigen philosportlichen Bewegung. Er zeigt deren Vorteile, greift die Referenten der Soc. Royale Méd. Publ. Séance an, leugnet ihre Kompetenz und verspottet ihre Schlußsätze (siehe vorstehendes Referat).

Zum Beispiel ist er der Meinung, daß das Schwimmen schwer allgemein einzuführen sei, daß der Fußball nicht die Nachteile des Rugbys, welches geduldet wird, bietet usw. Zum Schluß spricht sich Verf. zugunsten des geordneten Trainings aller Bewegungen und physiologischen Funktionen, bei denen der Wille des Kindes beteiligt ist, aus. Philipps (Antwerpen).

Roeder (Berlin). *Muskelarbeit und Körperkonstitution.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, S. 515.)

In dieser Arbeit, die eine Ergänzung der übrigen Schriften Roeders über die Bedeutung mehrtägiger Wanderungen bildet, weist Roeder nach, daß die systematische Körperübung in Form dieser Wanderungen nicht nur eine vorübergehende Hebung des Stoffwechsels bedeutet, sondern daß von ihr ein nachhaltiger Entwicklungsanstoß und Wachstumsreiz für den Organismus ausgeht. Die Entwicklung der Körperkonstitution wird somit wirksam gefördert. An der Hand von Messungen ergab sich, daß nicht nur der Gewichtsansatz während der Wanderungen und noch 3 Monate nach denselben den gewöhnlichen Ansatz um das Doppelte bis Dreifache übertraf, sondern daß auch die Körperlänge, der Brustumfang und die Atmungsweite bedeutende Zunahmen zeigten.

Insbesondere in der Entwicklung des Thorax in dem noch entwicklungsfähigen Alter erblickt Roeder einen wertvollen prophylaktischen Faktor im Kampf gegen die Tuberkulose des Kindesalters, um so mehr als die Ausbildung des Thorax gerade in die Jahre fällt, in denen die Tuberkulose ihre größten Eroberungen macht.

Thorspecken.

Besprechungen.

Baginsky. *Diphtherie und diphtheritischer Croup.* (Mit 82 Abb., davon 28 in Farbendruck.) (Alfred Hölder, Wien und Leipzig.)

Baginskys „Diphtherie" liegt in 2. Auflage vor, nachdem sie vor 15 Jahren zum erstenmal in Nothnagels Pathologie und Therapie erschien. Das Buch ist — zwar neu bearbeitet — doch in seinen Grundzügen dasselbe geblieben. „Fast könnte es mich glücklich machen, daß ich am Abschlusse einer langen Periode meines Lebens von den früheren Auffassungen nichts oder wenigstens nichts irgendwie Wichtiges zurückzunehmen brauche, sondern daß die früher festgestellten Tatsachen sich noch eher gefestigt haben." Der Praktiker und auch der Kliniker kann aus dem Buch viel lernen. Bemerkenswert — aber richtig — erscheint uns die Skepsis, mit der der Verf. der Behandlung der Diphtherie mit großen Serummengen gegenübersteht. Vortreffliche, farbige Abbildungen illustrieren den Text.

Birk (Kiel).

Credé-Hörder (Berlin). *Die Augeneiterung der Neugeborenen.* (Verlag von Karger, Berlin, 1913.)

Die Erkrankungen und Erblindungen durch Ophthalmoblennorrhöe sind immer noch so erschreckend hoch, daß unbedingt neue Maßnahmen getroffen werden müssen. Den besten Schutz würde eine obligatorische Crédéisierung aller Neugeborenen bieten nebst gesetzlicher Meldepflicht der Erkrankungen durch Arzt, Hebamme und Eltern.

Als Medikamente zur Prophylaxe eignen sich am ehesten Argent. nitric. 1 bis 1½%, Argent. acetat 1·3% und Sophol.

Birk (Kiel).

Lillie Oberwarth. *Mutterbriefe.* (2. Aufl. Th. Grieben, Leipzig. M. 1.50.)

Die „Mutterbriefe" zeichnen sich vor vielen anderen Büchern, die gleichen Zweck verfolgen, durch klare, leicht verständliche Darstellung und, was noch wichtiger ist, durch Vermeidung alles Überflüssigen aus. Sie können in den Händen von Laien nur Nutzen stiften. H. Vogt.

Alfons Fischer. *Ein sozialhygienischer Gesetzentwurf aus dem Jahre 1800, ein Vorbild für die Gegenwart.* (J. Springer, Berlin, 1913, M. 1.—.)

Der in Vergessenheit geratene Gesetzentwurf, auf den Verf. die Aufmerksamkeit weiterer Kreise hinlenken möchte, stammt von Franz Anton Mai, Hofmedikus, Lehrer der medizinischen Institutionen und Hebammenkunst sowie Physikus zu Heidelberg. Er wurde von ihm im Jahre 1800 dem Kurfürsten Max Joseph eingereicht, hat aber nie gesetzliche Geltung erlangt. An dieser Stelle interessiert besonders, daß der Entwurf neben vielen anderen Forderungen Sorge für gesunde Fortpflanzung des Menschengeschlechtes, für schwangere Mütter, für Gebärende und Wöchnerinnen, für neugeborene Kinder und ihre Erziehung verlangt. Manche von den Forderungen dieses Entwurfes sind inzwischen verwirklicht worden, andere warten noch heute darauf, obwohl an der Möglichkeit ihrer Ausführung und dem Nutzen nicht gezweifelt werden kann.

H. Vogt.

J. Ritter. *Das kommunale Säuglings-Krankenhaus und die öffentlichen Säuglingsfürsorgemaßnahmen der Gemeinde Berlin-Weißensee.* (H. Thieme, Leipzig, 1913. Preis: M. 3.—.)

Neben einer Darlegung der Grundsätze, die bei der Organisation und baulichen Ausgestaltung der Anstalt befolgt wurden, enthält das Heft eine eingehende durch zahlreiche Abbildungen und Pläne unterstützte Beschreibung der Anstalt. In dieser sind eine Fürsorgestelle, eine Milchkuranstalt bestehend aus Musterstall und Milchküche sowie das Säuglingskrankenhaus zusammengefaßt, wozu noch ein Heim für Säuglinge und Wöchnerinnen, eine Freiluftkrippe und Stillstube hinzukommen sollen. H. Vogt.

Report of the Proceedings of the english-speaking conference on infant mortality. (London, 1913.)

Der Bericht über die Verhandlungen des Kongresses enthält Beiträge über folgende Verhandlungsgegenstände: Die Aufgaben der zentralen und lokalen Verwaltungsbehörden auf dem Gebiete des Säuglings- und Kinderschutzes; die behördliche Überwachung der Milchversorgung; die Notwendigkeit besonderer Schulung auf dem Gebiete der Säuglingshygiene; Milch als ärztliches Problem; Hygiene vor der Geburt. H. Vogt.

R. Raimondi. *Puériculture et Pouponnières.* (Baillières u. S., Paris.)

Eingehende Beschreibung der Organisation der französischen Kinderfürsorge. Bringt jedoch nichts Neues. Birk (Kiel).

G. A. Wollenberg (Berlin). *Orthopädische Chirurgie.* (Leitfäden der praktischen Medizin, herausgegeben von Prof. Bockenheimer.) (264 S. mit 147 Abb., Dr. W. Klinkhardt, Leipzig, 1913, M. 7.—.)

In dem vorliegenden Werke ist auf möglichst gute und zahlreiche Abbildungen Wert gelegt worden. Der Text ist knapp, klar. Massage und Gymnastik wurden — mit Absicht, um den Umfang des Buches nicht zu sehr zu vergrößern — unbesprochen gelassen. Die Ausstattung ist eine vorzügliche. Auch der Kinderarzt findet viel Belehrendes in diesem überdies sehr preiswerten Werke. Klotz.

Georg Zülzer. *Innere Medizin.* Bd. I und II. (Zugleich Bd. 3 und 7 d. „Leitfäden d. prakt. Med." herausgegeben von Ph. Bockenheimer.) (W. Klinkhardt, Leipzig, 1911, M. 7.50 resp. 9.—.)

Die Leitfäden, von denen die vorliegenden Bände einen Teil bilden, sollen „es infolge ihrer konzentrierten Fassung jedem Mediziner ermöglichen, sich über den jeweiligen Stand der Wissenschaft und Technik in den vielen Einzeldisziplinen der Medizin zu informieren und auf dem Laufenden zu erhalten". „Wir hoffen, daß sich für jeden, der sich in der praktischen Medizin allgemein oder speziell fortbilden will, vor allem für den praktischen Arzt, dann aber für die Studierenden, der neue Weg, sich mit Hilfe der Leitfäden auszubilden, als vorteilhaft erweisen wird." Dem Referenten ist nicht recht ersichtlich, worin der wesentliche Unterschied dieser Leitfäden gegen die bereits vorhandenen Lehrbücher der medizinischen Einzeldisziplinen bestehen soll. Die beiden vorliegenden Bände wenigstens unterscheiden sich nicht merklich von dem Durchschnitt der bei uns verbreiteten Lehrbücher der innern Medizin von etwa gleichem Umfang, jedenfalls nicht zu ihrem Vorteil. H. Vogt.

Carl Oppenheimer. *Die Fermente und ihre Wirkungen* nebst einem Sonderkapitel *Physikalische Chemie der Fermente und Fermentwirkungen* von R. O. Herzog.) (IV. völlig umgearbeitete Aufl., Leipzig, 1913, VIII u. 1150.)

Innerhalb von rund 10 Jahren sind die „Fermente" von C. Oppenheimer in 4 Auflagen erschienen, eine Tatsache, die allein

wohl schon als Beweis dafür genügen dürfte, welcher großen Beliebtheit sich das Buch erfreuen muß. Wir besitzen wirklich auch kein anderes Werk, welches das gleiche Gebiet auch nur annähernd mit der gleichen Sachlichkeit und Ausführlichkeit behandelt wie das Oppenheimersche. Ursprünglich ein rein theoretisches Wissens- und Arbeitsgebiet, hat die Lehre von den Fermenten zu vielen Fragen der Klinik innige Beziehungen genommen und die Untersuchungen Abderhaldens eröffnen ja wieder der Fermentforschung auf klinischem Gebiet möglicherweise Perspektiven, die es ratsam erscheinen lassen, daß sich jeder Mediziner mit diesem hochwichtigen Teilgebiet der Biochemie besser vertraut macht als bisher.

Die ersten 8 Kapitel des Oppenheimerschen Buches geben eine modern angelegte, leicht und faßlich geschriebene Einleitung in die Lehre von den Fermenten, deren Lektüre jedem, der sich für diese Fragen interessiert, Genuß bereiten wird. In dem erheblich umfangreicheren speziellen Teil werden die einzelnen Fermente, nach ihrer Wirkungsarbeit mit Hilfe einer strikt (sogar pedantisch) durchgeführten Nomenklatur in Gruppen eingeteilt, ausführlich behandelt. Diese Kapitel mit ihrem umfangreichen Literaturnachweis sind handbuchartig geschrieben und eignen sich nicht zur fortlaufenden Lektüre; sie müssen zum Nachschlagen über Detailfragen dienen.

Als wertvoller und heute unentbehrlicher Schlußabschnitt reiht sich diesem beiden Teilen die „Physikalische Chemie der Fermente" von R. O. Herzog an. Auf einem Raum von 150 Seiten beschreibt Herzog nach einer kurzen, aber klaren und elementar gehaltenen Darlegung über „Reaktionsgeschwindigkeit" im allgemeinen die spezielle Kinetik der Fermentreaktionen in eingehender Weise. Aron (Breslau).

A. Poppi (Bologna.) *L'ipofisi cerebrale faringea e la ghiandola pineale in patologia. Di una probabile eziologia primitiva comuna a varie forme morbose.* (Die Hypophysis cerebri und Zirbeldrüse in der Pathologie. Über eine wahrscheinlich primär verschiedenen Krankheitsformen gemeinsame Ätiologie.) (214 S., mit 68 Fig. im Text und 10 Taf. Paolo Neri, Bologna 1911, Preis: L. 10·—.)

Verf. sah nach Entfernung adenoider Wucherungen bedeutende Besserung oder Heilung bei Individuen, bei denen er Hypotrophie der Schilddrüse, Exophthalmus, Tachykardie, Zittern, Glaukom, Strabismus, Vitiligo, Hyperchromie der Haut, häufiges Nasenbluten, Asthenie, Symptome hypophysären Tumors, Chorea, Enuresis, Aphonie usw. beobachtet hatte, und führt die erzielten Erfolge nicht nur auf die verbesserten Bedingungen der Nasenatmung zurück, sondern setzt sie auch auf Rechnung einer wahrscheinlichen Unterbrechung abnormer Gefäßverbindungen mit der Hypophysis cerebri und eventuell mit der Hypophysishöhle.

Da der Hypophysengang in 10% der Föten und Neugeborenen durchgängig gefunden wurde, während die Obliteration auf normalem Wege am Ende des 3. Monates des embryonalen Lebens, seltener bei Kindern, zu einer vollständigen wird und bei 0·3%

der Erwachsenen in Form eines Schädelrachenganges mit besonderer Frequenz im Schädel der Irrsinnigen beständig vorgefunden wurde, so glaubt Poppi einen solchen späten Verschluß und die Permanenz des Schädelrachenganges mit primären Veränderungen der Rathkeschen Tasche und dem kephalischen Ende der Chorda in Beziehung setzen zu müssen.

Was den permanenten und intermittierenden Strabismus anbetrifft, den Verf. bei adenoiden Vegetationen oft konstatiert hat und der sich infolge der Adenotomie modifiziert, so führt Verf. die Symptomatologie an, die sich bei Epiphysentumor und bei Tumoren der Vierhügel darbietet, für welche Strabismus ein konstantes Symptom bildet, und glaubt daraus auf eine funktionelle Korrelation zwischen Hypophysen und Epiphysen schließen zu müssen.

Angesichts der Konstanz der Hyperplasie der Thymus und der Lymphorgane bei gewissen pathologischen Zuständen der Kindheit, wie Rachitis, exsudativer Diathese, Lymphatismus, Skrofulose, Adenoidismus, und angesichts der Häufigkeit der Permanenz und Vergrößerung der Thymus über die physiologische Grenze hinaus bei einigen gewöhnlich erst nach Anfang des sexuellen Lebens bestimmt auftretenden Symptomenkomplexen, wie Akromegalie, Morbus Basedowii, Bronzekrankheit, Erbscher Krankheit, glaubt Verf., eine solche Hyperplasie auf eine primäre Hypophysenveränderung mit nachfolgender Veränderung der Wechselbeziehungen zwischen Hypophysis, Zirbeldrüse, Schilddrüse und Thymus zurückführen zu müssen.

Verf. sucht die Wechselbeziehungen der Organe mit innerer Sekretion, außer auf dem Wege der Physiologie dieser Drüsen und der Physiopathologie des Sympathikus, auch durch Zusammentreffen und die Aufeinanderfolge dieser nicht selten bei ein und demselben Individuum anzutreffenden Symptomenkomplexe sowie durch Gegenwart gewisser, den verschiedenen Krankheitsformen gemeinsamer Erscheinungen, wie Status thymolymphaticus, Augensymptome, Lymphozytose, Veränderungen der Geschlechtsorgane, psychische Veränderungen usw. nachzuweisen.

Verf. erblickt daher das primum movens aller dieser pathologischen Zustände in der primären Veränderung der Beziehungen des Vorderlappens der Hypophyse zum Nervenlappen durch die obenerwähnten abnormen Zustände des Hypophysenganges und des kephalischen Endes der Chorda.

Der Organismus sucht während der Entwicklungs- und Wachstumsperiode diese Erscheinungen auszugleichen und die normalen Wechselbeziehungen und kompensatorische Tätigkeit der verschiedenen Organe wieder herzustellen; die Veränderung des funktionellen Gleichgewichts würde jedoch lebhafter zutage treten, wenn die primären Läsionen tiefere wären.

Die Arbeit illustrieren zahlreiche interessante, teils ganz neue, teils anderen Autoren entlehnte Bilder, die für den embryologischen Teil der Hypothese als Beweise dienen, sowie eine genaue Bibliographie. Dotti (Florenz).

Farrington. *Klinische Arzneimittellehre.* (Eine Reihe von Vorlesungen gehalten am Hahnemann Med. Coll. in Philadelphia. Phonographiert und herausgegeben mit Hilfe von des Vortragenden Manuskript von Clarence Bartlett, M. D., und durchgesehen von S. Lilienthal, M. D. Mit einer Lebensskizze des Verfassers von Aug. Korndörfer, M. D. Aus dem Englischen übersetzt von Dr. Hermann Fischer, weil. homöop. Arzt in Westend-Charlottenburg. II. Aufl. Nach der vierten vermehrten amerikanischen Auflage ergänzt und verbessert von Dr. Paul Klien. Broschiert M. 12.50. Verlag Apotheker Dr. Schwabe, Leipzig.)

Nachdem man einen Einblick in diese rein empirisch orientierte, auf tausend und abertausend Symptome aufgebaute Riesensammlung von Indikationen getan hat, wird einem klar, warum es so wenig homöopathisch ordinierende Ärzte gibt. Es ist ein wahrer Genuß, nach dieser Lektüre sich an einem Kapitel „Binz" oder „Schmiedeberg" zu erfrischen.

In homöopathischen ärztlichen und nichtärztlichen Kreisen genießt das umfangreiche Werk Farringtons hohes Ansehen. Druck und Aufmachung sind vorzüglich. Klotz.

R. Kobert (Rostock). *Arzneiverordnungslehre für Studierende und Ärzte.* (Vierte, durchweg neu bearbeitete und mit einem therapeutischen Teile versehene Auflage, mit 62 Abb. u. 17 Tabellen.) (Verlag von Enke, Stuttgart, 1913.)

Die neue Auflage von Koberts Arzneiverordnungslehre ist um Abbildungen und historische Exkurse gekürzt und dafür um neuzeitige Arzneimittel und Spezialitäten bereichert. Das Buch ist zur Einführung in die Einzelheiten der medikamentösen Therapie sehr zu empfehlen. Birk (Kiel).

Schnirer. *Taschenbuch der Therapie, 1914.* (C. Kabitzsch. M. 2.50.)

Das Taschenbuch erscheint in 10. Auflage, hat also seinen Leserkreis gefunden. Enthält in der Hauptsache unter Schlagwörtern von Krankheiten therapeutische Vorschläge, ferner eine Liste der offizinellen und der neuern Arzneimittel und Spezialitäten, ihrer Wirkung, Dosierung, Anwendung und Preise, Maximaldosen, Nährmittel usw. Ein kurzer Abriß der Säuglingsernährung stammt aus der Feder von Knöpfelmacher. Amüsant ist der Abschnitt über Tuberkulinbehandlung, der dem Leser 10 verschiedene Tuberkulinpräparate zur geneigten Auswahl vorführt — dabei ist die Liste keineswegs vollständig. H. Vogt.

Friedrich v. Segesser. *Das Fasten als Heilmethode.* (Holze und Pahl, Dresden, 1913. M. 1.25.)

Die kleine Broschüre ist in gemeinfaßlichem Sinne geschrieben und erläutert die Vorteile der Fastenkur für Erwachsene. Eine eingehendere Kritik an dieser Stelle erübrigt sich, zumal das Kindesalter nicht in die nach naturärztlichen Anschauungen orientierten Ausführungen einbezogen ist. Klotz.

Th. Christen. *Das Inhalieren.* (Holze & Pahl, Dresden. Ph. 50.)

Beschreibung eines vom Verf. angegebenen Inhalierapparates „Aspirator". H. Vogt.

Inhalt.

Lymphatischer Apparat. Parmentier. *Abtragung der Tonsillen 129.* — **Goslar.** *Lymphozytäre Zellen in den Gaumenmandeln 130.* — **Benfey** und **Bahrdt.** *Drüsenschwellungen 130.* — **Innere Sekretion. Klose.** *130.* — **Boissonas.** *Thymus 132.* — **Hartoghe.** *Schilddrüseninsuffizienz 132.* — **Reuben.** *Anomalien der Hypophyse 132.* — **Verdauungstraktus. Morison** und **Drummond.** *Ösophagusstriktur 133.* — **Brüning.** *Wiederkäuen 133.* — **v. Thun.** *Obliteration des Dünndarms 133.* — **Souttar.** *Darminvagination 134.* — **Nürnberger.** *Volvulus 134.* — **Steinschneider.** *Colitis 134.* — **Corner. Owen.** *Appendizitis 134.* — **Ginsburg.** *Nachweis von Würmern 135.* — **Lechler.** *Spulwürmer 135.* — **Garin.** *Oxyuren 135.* — **Herzog.** *Gordius 135.* — **Leber und Gallenwege. Schotten.** *Defekt der Gallenausführungsgänge 136.* — **Milz. Massloff.** *Splenomegalie 136.* — **Urogenitalsystem. Widal. Fischer.** *Nephritis 137.* — **Ollerenshaw.** *Nierensteine 138.* — **Melou.** *Perinephritische Phlegmone 138.* — **Reiss.** *Hämoglobinurie 139.* — **Smith** und **Kee.** *Gonokokken-Urethritis 139.* — **Barnett.** *Vulvovaginitis 139.* — **Bewegungsapparat. Abercrombie.** *Behandlung der Muskelparesen 139.* — **Psychologie und Psychopathologie. Naville.** *Spezialklassen für schwachbegabte Kinder 140.* — **Neurologie und Psychiatrie. Resinelli.** *Neuro- und Psychopathien während des Wochenbettes 140.* — **Fairbank.** *Geburtslähmung 141.* — **v. Bókay. Haynes. Walter.** *Hydrozephalus 142.* — **Henderson.** *Zerebraler Abszeß 142.* — **Comby.** *Enzephalitis 143.* — **Sutherland** und **Paterson.** *Hirnaplasie 143.* — **Ulrich.** *Angeborener Kernmangel 144.* — **Savini-Castano** und **Savini.** *Amaurot. Idiotie 145.* — **Jevzycki.** *Juvenile Tabes 146.* — **Hirschfeld** und **Berrehard.** *Sexueller Infantilismus 146.* — **Langmead.** *146.* — **Navarro. Déléarde** und **Valette.** *Chorea 147.* — **Tobias.** *Hysterie 147.* — **Neter.** *Masturbation 148.* — **Bevers.** *Anastomose zwischen Fazialis und Hypoglossus 148.* — **Viereck.** *148.* — **Eckert.** *Vegetatives Nervensystem 149.* — **Stoffwechselkrankheiten. Pritchard. Cordier.** *Infantiler Skorbut 150.* — **Knox. Meyer.** *Diabetes 150.* — **Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen. Stolte.** *Störungen des Lungenwachstums 151.* — **Wieland.** *151.* — **van Lair. Schloss. Böhm.** *Rachitis 152.* — **Stoeßer.** *Osteomalazie und Rachitis 152.* — **Haut. Kara-**

sawa. *Dermographie 154.* — **Zahorsky.** *Roseola 154.* — **Galli.** *Urtikaria 154.* — **Klingmüller.** *Ekzem 154.* — **Auge. Harman.** *Ophthalmia neonatorum 154.* — **Weidenbaum. Blennorrhöe** *155.* — **Stölzner.** *Tetaniekatarakt 155.* — **Chirurgie. Woolsey.** *Narkose 156.* — **Battle** und **Maybury.** *Epitheliom der Mammilla 156.* — **Hallé** und **Salin.** *Mediastinaltumor 156.* — **Gluck.** *Chirurgie der Peritonitis 157.* — **Nicoll.** *Hydrozele 157.* — **Bles.** *Alban-Köhlersche Krankheit 157.* — **Etienne** und **Aimer.** *Osteomyelitis 157.* — **Swietochowski.** *Volkmannsche Kontraktur 158.* — **Hendrix.** *Ellbogenfraktur 158.* — **Orthopädie. Bankart.** *Hüftgelenksluxation 158.* — **Hygiene und soziale Medizin. Samter.** *Gemeinde- und Säuglingsfürsorge 159.* — *Säuglingsernährung und Säuglingssterblichkeit in München 159.* — **de Lange.** *Säuglingssterblichkeit in Amsterdam 160.* — **Felsenthal.** *Säuglingssterblichkeit in Baden 160.* — **Jöel.** *Säuglingsfürsorge in Lübeck 160.* — **Rott.** *Kinder außerhäuslich erwerbstätiger Ehefrauen 161.* — **Borchardt.** *Milarbeit der weiblichen Schuljugend in der Säuglingsfürsorge 161.* — **Japha.** *Hitze und Säuglingssterblichkeit 161.* — **Gommaerts.** *Atmungsgymnastik 161.* — **Kaltant. v. Winiwarter.** *Sport 162.* — **Röder.** *Muskelarbeit und Konstitution 163.* — **Besprechungen. Baginsky.** *Diphtherie und diphtherischer Croup 163.* — **Credé-Hörder.** *Augeneiterung der Neugeborenen 164.* — **Oberwarth.** *Mutterbriefe 164.* — **Fischer.** *Ein sozialhygienischer Gesetzentwurf 164.* — **Ritter.** *Säuglingskrankenhaus Weißensee 164.* — **Bericht der englischen Konferenz über Säuglingssterblichkeit** *165.* — **Raimondi.** *Puériculture et Pouponnières 165.* — **Wollenberg.** *Orthopädische Chirurgie 165.* — **Zülzer.** *Innere Medizin 165.* — **Oppenheimer.** *Die Fermente 165.* — **Poppi.** *Hypophyse und Zirbeldrüse 166.* — **Farrington.** *Klinische Arzneimittellehre 168.* — **Kobert.** *Arzneiverordnungslehre 168.* — **Schnirer.** *Taschenbuch der Therapie 168.* — **v. Segesser.** *Fasten als Heilmethode 168.* — **Christen.** *Inhalieren 169.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin W. 50., Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Berlin · **Göppert** Göttingen · **Knöpfelmacher** Wien · **Moro** Heidelberg · **Thiemich** Leipzig · **Tobler** Breslau · **Berend** Budapest

Comba Florenz · **Johannessen** Kristiania · **Koplik** New-York · **Marfan** Paris · **Schkarin** St. Petersburg · **Thomson** Edinburg · **Wieland** Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der „Referate", jährlich 2 Bände, pro Band (ca. 40 Bogen) Mk. 20.—.
Preis der „Originalien" (ca. 45—50 Bogen) jährlich Mk. 30.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XIII. **Referate.** Nr. 3.

Sammelreferat über die deutsche ophthalmologische Literatur von 1913.

Von **Dr. Gallus** (Bonn).

Adler, *Über Noviform in der augenärztlichen Praxis.* (Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. d. Auges, Nr. 8.)

Agricola und **Thies,** *Zur Ätiologie und Therapie der sekundären Netzhauttuberkulose.* (Klin. Monatsschr. f. Augenheilk., Bd. LI, I, S. 20.)

Augstein, *Beobachtungen nach erfolgreicher Operation eines 15jährigen Blindgeborenen über sein Sehenlernen.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde, Bd. LI, II, S. 521.)

Bahlmann, *Ein Beitrag zur Lehre der Augenkomplikationen bei Parotitis epidemica.* (Diss., München.)

Bayer, *Zur Entstehung der Hornhauthypermetropie.* (Ber. über die Vers. d. ophth. Ges. Heidelberg., S. 374.)

Begler, *Klinisch-anatomischer Beitrag zur Kenntnis der Distichiasis congenita.* (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXXIV, S. 62.)

Belenski-Raskin, *Zur Ätiologie der phlyktänulären Augenentzündung.* (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXIX, S. 503.)

Bergmeister, *Ein Beitrag zur Genese der Orbitalzysten und der im Mikrophthalmus vorkommenden Netzhaut- und Aderhautanomalien.* (Arch. f. Ophth., Bd. LXXXV, S. 1.)

Bernheimer, *Zur Tuberkulinbehandlung Augenkranker.* (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk., Jahrg. LI, II, S. 579.)

Bernheimer, *Zur Kenntnis der angeborenen Anomalien der Iris.* (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXXIV, S. 229.)

Bernheimer, *Zur Kenntnis des angeborenen hinteren Polarstars des Menschen.* (Arch. f. Augenheilk., Bd. 74, S. 8.)

Bock, *Über Behandlung skrofulöser und tuberkulöser Augenerkrankungen mit Immunkörper (J. K.) Dr. Karl Spengler.* (Wiener med. Wochenschr., Nr. 20.)

Beer, *Über seltenere Formen der Tuberkulose des Auges und der Lider.* (Arch. f. Ophth., Bd. LXXXV, S. 273.)

Caesar, *Beitrag zur Beurteilung des konkomitierenden Schielens.* (Diss., Marburg.)

Clausen, *Über Anwendung der Noviformsalbe in der äußeren Augenheilkunde.* (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXIX, S. 295.)

Cohn, *Zur Frage der lokalen Behandlung der Keratitis interstitialis mit Instillationen von Neosalvarsan.* (Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. d. Augenheilk., Nr. 20.)

Deutschmann, *Über Ophthalmoplegia interna im Kindesalter.* (Deutschmanns Beiträge z. Augenheilk., H. 81.)

Dutoit, *Therapeutische Erfahrungen mit Vioform bei einigen Erkrankungen und Verletzungen der Horn- und Liderhaut.* (Arch. f. Augenheilkunde, Bd. LXXV, S. 228.)

Elschnig, *Zur Anatomie des albinotischen Menschenauges.* (Ber. über die Vers. d. ophth. Ges. Heidelberg, S. 8 und Arch. f. Ophth., Bd. LXXXIV, S. 401.)

Franz, *Über jugendliche hochgradige Myopie.* (Diss., Tübingen.)

Fuchs, *Normal pigmentierte und albinotische Iris.* (Arch. f. Ophth., Bd. LXXXIV, S. 521.)

Gastpar, *Augenuntersuchungen bei Schulkindern.* (Münchener med. Wochenschr., Nr. 12.)

Gilbert, *Über juvenile Gefäßerkrankungen des Auges (nach Beobachtungen an Regenbogenhaut, Netzhaut und Sehnerv).* (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXXIV, S. 1 und Ber. über die Vers. d. ophth. Ges. Heidelberg, S. 17.)

Ginsburg, *Zur Kasuistik der Ptosis congenita mit kollateraler Vererbung.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. LI, I, S. 455.)

Goldstein, *Zwei Fälle von angeborener Ptosis.* (Diss., München.)

Gstettner, *Noviform in der Augenheilkunde.* (Wiener med. Wochenschr., Nr. 23.)

Guzmann, *Über epibulbäre Tuberkulose.* (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXIX, S. 34.)

Harbitz, *Familiäre amaurotische Idiotie.* (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXXIII, S. 140.)

v. Herrenschwand, *Zur epidemischen idiopathischen Hemeralopie.* (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXXIII, S. 133.)

v. Hippel, *Kurzer Bericht über das Ergebnis einer Umfrage betreffend das gehäufte Vorkommen von Hemeralopie und Xerose im Frühjahr 1912.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. LI, I, S. 603.)

van der Hoeve, *Augenanomalien bei kongenitaler familiärer Taubheit und bei Labyrintherkrankung.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. LI, I, S. 461.)

Holodynski, *Zwei Fälle von Nebenpocken des Sehorgans.* (Wiener klin. Wochenschr., Nr. 3.)

v. Hoor, *Coniunctivitis diphtheritica, diphtherica und crouposa.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Bd. LI, S. 333.)

Igersheimer, *Beitrag zur Klinik und pathologischen Anatomie der Augensyphilis.* (Arch. f. Ophth., Bd. LXXXIV, S. 48.)

Igersheimer, *Zur Entstehung der luetischen Keratitis parenchymatosa.* Arch. f. Ophth., Bd. LXXXV, S. 361.)

Igersheimer, *Über die weiteren Schicksale von Patienten mit Keratitis parenchymatosa auf hereditär-luetischer Grundlage.* (Ber. über die Vers. d. ophth. Ges. Heidelberg, S. 251.)

Ishihara, *Zur Ätiologie der idiopathischen Hemeralopie beziehungsweise Xerose.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. LI, I, S. 596.)

Ito, *Ein Beitrag zur Kenntnis der pathologischen Anatomie bei Retinitis syphilitica hereditaria.* (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXXIII, S. 4.)

Janson, *Über den Einfluß des Diphtherieheilserums auf den Verlauf von infektiösen Augenerkrankungen.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde, Jahrg. LI, I, S. 654.)

Klages, *Über Noviform in der Augenheilkunde.* (Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. d. Augenheilk., Nr. 8.)

Kloezkowski, *Untersuchungen über die Entwicklung des Sehnerven.* (Arch. f. Ophthal., Bd. LXXXV, S. 538.)

Knapp, *Über einige Formen der Netzhauttuberkulose.* (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXXIV, S. 259.)

Krailsheimer, *Ein Beitrag zum Dermoid des Auges.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Bd. LI, S. 796.)

Landolt, *Behandlung der Divergenz durch überkorrigierende Konkavgläser.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. LI, I, S. 47.)

Ders., *Zur operativen Behandlung des Schielens.* (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXXIII, S. 145.)

Larsen, *Die Schädeldeformität mit Augensymptomen.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. LI, I, S. 145.)

Levinsohn, *Die Entstehung der Kurzsichtigkeit mit Demonstration kurzsichtig gemachter Affen.* (Ber. über die Vers. d. ophthal. Ges., Heidelberg, S. 21.)

Lindenfeld, *„Über Spontanheilung" von Glioma retinae.* (Arch. f. Ophthal., Bd. LXXXVI, S. 141.)

Lindenfeld, *Ein Beitrag zur Bildung rosettenartiger Figuren in der Netzhaut normaler, fötaler, menschlicher Augen.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. LI, I, S. 440.)

Löhlein, *Das Glaukom der Jugendlichen.* (Ber. über d. Vers. d. ophthal. Ges., Heidelberg, S. 92 und Arch. f. Ophthal., Bd. LXXXV, S. 393.)

Mohr und **Beek,** *Papillitis als Frühsymptom der Lues congenita.* (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXX., S. 495.)

Pagenstecher, *Die allgemeinen, modernen Anschauungen über die Grundbegriffe der Teratologie des Auges.* (Ber. über die Vers. d. ophth. Ges., Heidelberg, S. 242.)

Peters, *Blaue Sklera und Knochenbrüchigkeit.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde, Jahrg. LI, I, S. 594.)

Philippi, *Blenorrhoea neonatorum.* (Diss., Straßburg.)

Rauch, *Die Einführung des Heydenschen Noviform in die Therapie der Augenkrankheiten.* (Berliner klin. Wochenschr., Nr. 47.)

Rubel, *Angeborene Hypoplasie beziehungsweise Aplasie des Irisvorderblattes.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. LI, II, S. 174.)

Rusche, *Ein Beitrag zu den Beziehungen der Infektionskrankheiten zum Sehorgan.* (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXX, S. 10.)

Salzmann, *Über den anämischen Fundus.* (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXIX, S. 30.)

Schloffer, *Zur operativen Behandlung der Sehstörungen bei Turmschädel.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. LI, II, S. 1.)

Schloms, *Über Schädigungen des Auges durch Kalomeleinstäubungen in den Bindehautsack bei gleichzeitiger innerer Darreichung der Halogensalze (Jodkalium, Bromkalium und Kochsalz.)* (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXXIII, S. 220.)

Seefelder, *Über den Verschluß der fötalen Augenspalte.* (Ber. über die Vers. d. opth. Ges., Heidelberg, S. 235.)

Seefelder, *Demonstration weiterer Präparate und Abbildungen aus dem Gebiete der Mißbildungslehre des Auges.* (Ber. über die Vers. d. ophth. Ges., Heidelberg, S. 370.)

Suellen, *Die Ursache des Strabismus convergens concomitans.* (Arch. f. Ophthal., Bd. LXXXIV, S. 433.)

v. Szily, *Weitere Beiträge zu den embryologischen Grundlagen der Mißbildungen des Auges, Erklärung der angeborenen, umschriebenen Loch- und Grubenbildungen an der Papille.* (Ber. über die Vers. d. ophth. Ges., Heidelberg, S. 344.)

Stähli, *Über Persistenz von Resten der fötalen Pupillarmembran.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. LI, I, S. 432.)

Stähli, *Ein Beitrag zur Anatomie und Pathologie der Lues hereditaria tarda oculi.* (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXXIV, S. 13.)
Stargardt, *Zur Ätiologie der parenchymatösen Keratitis.* (Ber. über die Vers. d. ophth. Ges., Heidelberg, S. 316.)
Stargardt, *Über familiäre, progressive Degeneration in der Makulagegend des Auges.* (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXX, S. 95.)
Steiger, *Die Entstehung der sphärischen Refraktionen des menschlichen Auges.* Berlin, S. Karger.
Stuelp, *Über familiären Mikrophthalmus congenitus bei 8 von 14 Geschwistern.* (Arch. f. Ophthal., Bd. LXXXVI, S. 136.)
Takashima, *Fünf Fälle von Hydrophthalmus congenitus unter besonderer Berücksichtigung des pathologisch-anatomischen Befundes.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. LI, II, S. 48 und 180.)
Takashima, *Sechs Fälle der komplizierten hereditär-familiären Optikusatrophie des Kindesalters.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. LI, II, S. 714.)
Uhthoff, *Über einen Fall von periodischen und kontinuierlichen Schwankungen im Durchmesser der Pupille bei angeborener oder wenigstens frühzeitig erworbener, linksseitiger Okulomotoriuslähmung bei einem 9jährigen, sonst gesunden Mädchen.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Jahrg. LI, II, S. 344.)
Verhoeff, *Parinands Conjunctivitis: eine mykotische Erkrankung, hervorgerufen durch einen bis jetzt nicht beschriebenen fadenförmigen Mikroorganismus.* (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXXV. S.20 7.)
Voland, *Über isolierte, tuberkulöse Iriserkrankung der Chorioidea mit Ausheilung des tuberkulösen Prozesses.* (Diss., Tübingen.)
Wirths, *Über angeborene Hornhautstaphylome.* (Deutschmanns Beiträge z. Augenheilk., Heft 86.)
Wigmann, *Ein eigenartiger Irisbefund: Angeborene Spaltung in zwei Blätter.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Jahrg. LI, II, S. 697.)

Pagenstecher faßt die heutigen Anschauungen über die Entstehung der Mißbildungen des Auges, über deren Einzelheiten auch an dieser Stelle in den letzten Jahren wiederholt berichtet wurde, dahin zusammen, daß sowohl atypische wie auch typische Mißbildungen zwar auf einer ererbten Eigenschaft beruhen können, daß sie aber gerade so gut auf äußere, vor allem traumatische und toxische Einflüsse zurückzuführen sind. Es ist bereits das Kolobom der Aderhaut, die Cyclopie, der Anophthalmus und der Mikrophthalmus auf diese Weise erzeugt worden. Besonders interessant sind in dieser Beziehung die Versuche Stockards, der durch Schädigung von Fischeiern durch Zusatz von Magnesiumchlorid zum Seewasser bei der Hälfte der sich entwickelnden Tiere Cyclopie in den verschiedenen Stadien sowie Mißbildungen vom Mikrophthalmus bis zum Anophthalmus experimentell hervorrief. Auch angeborene Stare können durch Schädigung des Keimes erzeugt werden, wie die Versuche v. Hippels mit Röntgenbestrahlung und Pagenstechers mit Naphthalinvergiftung beweisen.

Die speziellen Arbeiten auf dem Gebiete der Lehre von den Mißbildungen und angeborenen Anomalien des Auges sind in diesem Berichtsabschnitt wieder sehr zahlreich, doch sind sie wegen der vielen Einzelheiten nicht alle zur Besprechung an dieser Stelle geeignet.

Anknüpfend an die früher hier erwähnten Befunde Seefelders, hat Lindenfeld die Frage der Rosettenbildung in

sonst normalen menschlichen Fötalaugen nachgeprüft, kommt aber zu dem Schlusse, daß dieselben wohl kaum die Urtypen des Glioms darstellen dürften.

Nach den Untersuchungen Elschnigs ist in albinotischen Menschenaugen nicht nur die Uvea pigmentlos und das Pigmentepithel nur gering pigmentiert, sondern es fehlt auch vollständig jegliche Anlage einer Fovea centralis.

Fuchs führt in einer sehr interessanten Studie aus, daß Halbalbinos und sehr hellfarbige, sonst normale Menschen wegen ihrer, in der Kindheit fast weißen, später hellblonden Haarfarbe und ihrer blauen Iris äußerlich ähnlich sein können, indem beide zur Zeit ihrer Geburt in den Haaren und im Stroma der Iris kein Pigment hatten und auch später in den Haaren wenig, in dem Irisstroma keines bildeten. Wenn aber doch im extrauterinen Leben etwas mehr Pigment gebildet wird, kann ein Halbalbino sogar stärker pigmentiert werden als ein hellblonder Mensch, wie Halbalbinos mit braunen oder roten Haaren und brauner Iris beweisen. Bezüglich des Auges liegt der grundsätzliche Unterschied bei beiden Menschenarten darin, daß das Pigment der retinalen Schicht bei hellfarbigen Menschen normal, bei Halbalbinos mangelhaft ist.

Bezüglich des Hydrophthalmus congenitus betont Takashima auf Grund von 5 untersuchten Fällen, daß die Dicke der Sklera in dem hinteren Abschnitt des Auges im allgemeinen nicht verdünnt ist, daß sie im Gegenteil zuweilen sogar von beträchtlicher Dicke gefunden wurde. In den Fällen der Literatur, wo über gegenteilige Befunde berichtet wird, muß es sich um eine Komplikation mit Myopie gehandelt haben. Auch ätiologisch ist der Hydrophthalmus, da die Kammerbucht bald geöffnet, bald geschlossen ist, nicht einheitlich zu erklären, es müssen die verschiedensten Faktoren als Ursache der sich in verschiedenen Erscheinungen äußernden Filtrationsstörung angesprochen werden.

Ginzburg berichtet über eine eigentümliche Vererbung der Ptosis congenita: das erste Kind gesunder Eltern war gesund geboren, das zweite hatte eine einseitige Ptosis, das dritte zeigte das Leiden doppelseitig und am stärksten ausgeprägt, bei dem vierten fand sich doppelseitige Affektion, aber wesentlich schwächer, während das fünfte Kind wieder gesund war. Verf. erinnert an die Theorie von Manz, der einen unbekannten pathologischen Faktor annimmt, der nur während einer gewissen Zeit, die mit der Entwicklung einiger nacheinanderfolgender befruchteter Eier zusammenfällt, im Blute oder in den Generationsorganen der Mutter sich bemerkbar macht, um nachher wieder zu verschwinden. Er glaubt, daß diese Theorie das Richtige enthalte, wenn wir auch über das Wesen der zugrunde liegenden Ursache noch gar nichts wissen.

Stuelp bringt die Geschichte einer Familie, in der 9 von 11 Geschwistern einen kongenitalen Mikrophthalmus hatten, der wegen der entzündlichen Folgeerscheinungen nicht als eine Bildungsanomalie, sondern als eine intrauterin erworbene Uvitis mit sekundärer Phthisis aufgefaßt wird. Weder in der Aszendenz noch in

der Deszendenz war das gleiche Leiden zu finden, die Eltern müssen aber nach Ansicht des Verf. eine nicht mehr eruierbare Schädlichkeit auf die Kinder vererbt haben.

Nach van der Hoeve droht etwa einem Drittel aller Taubstummen das Los, später auch noch infolge von Retinitis pigmentosa und verwandten Krankheiten zu erblinden. Er fordert daher Augenuntersuchung aller Taubstummen, damit bei denen, welchen Erblindung droht, der Unterricht nicht nur auf das Ablesen der Wörter von den Lippen des Sprechenden beschränkt, sondern auf die Erlernung der Gefühlseindrücke ausgedehnt wird.

Beobachtungen an einem 15jährigen Blindgeborenen und mit Erfolg operierten Knaben führen Augstein zu dem Schlusse, daß die Retina nach Beseitigung des optischen Hindernisses zunächst nicht fähig ist, Bilder der Außenwelt in einer für die Leitungsbahnen verwendbaren Form aufzunehmen. Erst durch Übung bekommt sie infolge der Prävalenz der Macula lutea die Fähigkeit der schärferen Perzeption, während das periphere Sehen und die Eingewöhnung der Reflexbewegungen erst allmählich eintritt.

Takashima beschreibt 6 Fälle hereditär-familiärer Optikusatrophie. Es handelt sich um 4 Knaben und 2 Mädchen im Alter von 3—17 Jahren. Alle waren körperlich und geistig ungenügend entwickelt und zeigten auch psychische Anomalien. Auch Wachstumsanomalien und Spitzschädel waren bei einzelnen der Kranken vorhanden. Die Sehstörungen wurden von den Eltern fast immer bereits im ersten Lebensjahre bemerkt. Es fand sich objektiv doppelseitige, meist temporale Optikusatrophie mit normaler Begrenzung und normalen Zentralgefäßen.

Nach der Ansicht v. Hoors darf man weder die „Diphtheritis" conjunctivae mit der Conjunctivitis crouposa s. pseudomembranacea identifizieren, noch darf überhaupt die Diagnose Diphtherie der Bindehaut gestellt werden, solange der Loefflersche Diphtheriebazillus nicht nachgewiesen ist.

Im Frühjahr 1912 beobachteten die Augenärzte Thüringens ein gehäuftes Vorkommen von Hemeralopie mit Xerose. Das veranlaßte v. Hippel, eine Rundfrage zu veranstalten, die aber bezüglich der Ätiologie keinen sicheren Anhaltspunkt ergab. Allerdings hatte die Besserung der Ernährung stets eine eklatante Wirkung.

Mit der Ätiologie der erwähnten Erkrankung befaßt sich eingehend Ishabara. Er ist der Überzeugung, daß die Hemeralopie beziehungsweise Xerosis conjunctivae auf einem Mangel an Fettstoffen im Blute beruht. So erklärt es sich ohneweiters, daß die Leiden bei allgemeiner Ernährungsstörung, bei Fettarmut der Nahrung, bei Leberkrankheiten, Diarrhöe usw. aufzutreten pflegen. Die Wirkung des Lebertrans ist eine sehr eklatante. Das Öl des Aalfleisches hat die gleiche Wirkung. Auch Olivenöl hat zuweilen günstigen Einfluß, doch steht es, vermutlich wegen seiner schwereren Resorbierbarkeit, dem Lebertran erheblich nach.

v. Herrenschwand fand seine Patienten mit Hemeralopie mit lymphatischen Störungen kongenitalen Charakters behaftet

und möchte das Interesse späterer Beobachter auf diese Tatsache lenken, die vielleicht berufen sein könnte, ätiologische Aufschlüsse über die rätselhafte Erkrankung zu geben.

Auf die Koinzidenz von diffuser Blaufärbung der Sklera und abnormer Knochenbrüchigkeit weist Peters hin. Als gemeinsames Moment muß man eine vererbbare geringere Wertigkeit oder Anlage des fibrösen Gewebes ansehen. Eine therapeutische Beeinflussung erscheint nicht möglich.

Über das Glaukom der Jugendlichen hat Löhlein interessante Feststellungen gemacht. Während im Alter das weibliche Geschlecht überwiegt, sind unter den jugendlichen Glaukomkranken meist männliche Individuen. Auch finden sich im Gegensatz zu dem Glaukom des höheren Alters auffallend viel Myopen. In mehr als 50% von 92 Fällen bestehen Begleitsymptome, die als Hemmungsbildungen anzusprechen oder doch ursächlich auf angeborene Anomalien zurückzuführen sind. Das Glankom der Jugendlichen schiebt sich ein zwischen den Hydrophthalmus congenitus und das Glaukom der Erwachsenen als eine Gruppe von Fällen, deren ein Teil als Folgeerscheinung angeborener Anomalien seine Erklärung findet, während der andere als frühzeitiges Altersglaukom gedeutet werden mag.

Die Untersuchungen Belenski-Raskins ergeben in 92% der phlyktämilären Augenentzündung positiven Ausfall der Kutanreaktion. Da bei den Fällen mit negativem Ergebnis stets sichere klinische Manifestationen der Tuberkulose vorhanden gewesen sind, so kommt diese allein ätiologisch in Betracht.

Bemerkenswert an dem Falle von Agricola und Thies über sekundäre Netzhauttuberkulose ist das Eintreten einer tuberkulösen Meningitis nach Affektion der Netzhaut und promptes Zurückgehen derselben nach Enukleation. Beschreibuung des anatomischen Befundes der Netzhaut, auf deren Einzelheiten hier nicht eingegangen werden kann.

Knapp bringt kasuistische Beiträge zur Netzhauttuberkulose. Er verfolgte in einem Falle auf diagnostische Injektion eine mit dem Augenspiegel deutlich zu verfolgende lokale Reaktion in der Retina. Später trat Resorption ein.

Die juvenilen Gefäßerkrankungen wurden neuerdings auf Tuberkulose zurückgeführt. Auch Gilbert möchte seinen anatomisch untersuchten Fall so aufgefaßt wissen, wenn auch besondere für Tuberkulose charakteristische Veränderungen fehlen. Es handelt sich um Wandinfiltration der Zentralvene in der Form, wie sie auch an den Meningen Tuberkulöser schon gefunden und als lymphoide Umwandlung der Gefäßwand bezeichnet wurde.

Während die meisten Forscher die Parinaudsche Conjunctivitis auf Grund neuerer Ergebnisse meist als tuberkulöse Manifestation ansprachen — es ist an dieser Stelle noch im vorigen Jahresbericht davon die Rede gewesen — tritt Verhoef mit der Mitteilung hervor, daß es ihm gelungen sei, unter 12 Fällen 11mal einen leptothrixähnlichen Bazillus zu finden, den er für den Erreger

der Erkrankung ansieht. Andere Mikroorganismen fehlten und das klinische Bild war stets ein typisches.

Von den Ausführungen Igersheimers über syphilitische Erkrankungen des Auges, die eine Fortsetzung seiner früheren Studien darstellen, erscheint an dieser Stelle bemerkenswert, daß neben der spezifischen Entzündung des vorderen Urealtraktus eine spezifische, koordinierte Erkrankung der Netzhaut bestehen kann, ohne daß Zwischenglied einer Aderhauterkrankung. Wahrscheinlich spielen sich die chorioretinitischen Prozesse bereits in früher Kindheit ab. So erschien bei einem ½jährigem Kinde der Fundus noch normal, während ¾ Jahre später weißgelbe Herdchen auftauchten, die sich allmählich pigmentierten und schließlich das typische Bild des „Pfeffer- und Salz-Fundus" erzeugten.

Bezüglich der Keratitis parenchymatosa kommt derselbe Autor zu der Feststellung, daß in 90—95% der Fälle bei früher nicht spezifisch behandelten Patienten Zeichen einer syphilitischen Allgemeinerkrankung nachweisbar sind. Meist handelt es sich um hereditäre Lues, auch wenn akquirierte Lues vorlag konnte zuweilen hereditäre Erkrankung nachgewiesen werden. Spirochäten wurden sowohl in klaren als auch in parenchymatös getrübten Hornhäuten kongenital-luetischer Säuglinge gefunden, im letzteren Falle fallen die reichlichen Leukozyten auf, während Veränderungen der Hornhautkörperchen in den Hintergrund treten. Die Spirochäten können jahrelang reaktionslos an derselben Stelle sitzen. Bei kleinen Kindern ist die Prognose eine sehr günstige sowohl bezüglich des Verlaufs der bekanntlich sonst sehr langwierigen Krankheit als auch bezüglich der Aufhellung. Zum Zustandekommen der Keratitis parenchymatosa ist eine Einwanderung von Spirochäten in die Hornhaut notwendig.

Bezüglich dieses letzteren Punktes kommt Stargardt zu demselben Resultate. Warum die Einwanderung der Spirochäten nur zu bestimmten Zeiten erfolgt und warum vielfach eine antiluetische Therapie so wenig wirksam ist, darüber wissen wir noch nichts.

Eine Angabe von Eversbusch, daß zuweilen Neuritis nervi optici das einzige Zeichen kongenitaler Lues sei, veranlaßte Mohr und Beck, 128 syphilitische Säuglinge ophthalmologisch zu untersuchen. Von diesen zeigten 62 zweifellos das Bild der Sehnervenentzündung. Bei prompter Reaktion der Pupillen und durchsichtigen Medien waren die Papillen bis zu 6 D geschwellt, die Grenzen verwischt, grau bis gräulich-blau, wobei dieser Farbenton sich bis in die Retina fortsetzt. Zuweilen finden sich auch strichförmige Blutungen. Während der Heilung bildet sich das Exsudat zurück, die Grenzen wurden scharf. Nur einmal wurde Übergang in Atrophie beobachtet.

Über das Schicksal der an parenchymatöser Keratitis Erkrankten stellte Igersheimer Nachforschungen an und konstatierte, daß 40% derselben über eine Sehschärfe verfügten, welche die Augen

nur zur Ausführung ganz grober Arbeiten befähigten. Nebenbei hat auch ein hoher Prozentsatz der Kranken Aussicht, nervenkrank zu werden. Darum erscheint nicht nur eine intensive antiluetische Therapie vonnöten, sondern auch dauernde Überwachung der Patienten.

Nachdem die klinischen Erscheinungen der Augenstörungen bei Schädeldeformität in den letzten Jahren genau fixiert sind, treten in jüngster Zeit die therapeutischen Bestrebungen bei diesem Leiden in den Vordergrund. Larsen erscheinen dieselben nach Erfahrung eines Falles, in dem trepaniert war, aber für das Sehvermögen nichts erreicht wurde, nicht sehr aussichtsvoll, zumal die Kranken gewöhnlich zu spät zur Untersuchung kommen.

Schloffer, der eine besondere Operationsmethode ausgebildet hat, wie es „Kanaloperation" nennt, weil es das Dach des Canalis opticus entfernt, behandelte zwei Knaben mit gutem Erfolge. Eine Schädigung des Sehnerven trat in keiner Weise ein.

Über Vioform und seine therapeutischen Leistungen berichtet Dutoit, während über das Noviform eine Reihe von Mitteilungen vorliegt, von denen ich die von Adler, Clausen, Klages erwähne. Beide Mittel werden empfohlen gegen Hornhaut- und Lidranderkrankungen. Besonders das Noviform scheint, wie Ref. bestätigen kann, in der Therapie äußerer Augenerkrankungen ganz Besonderes zu leisten. In vielen Fällen von Lidrandentzündung ist es der gelben Salbe zweifellos überlegen wegen seiner großen Reizlosigkeit. Eine genaue Abgrenzung des Indikationsgebietes wird sich mit der Zeit auch wohl hier finden, wenn auch in den vorliegenden Berichten, wie das bei neuen Mitteln vielfach der Fall ist, vorläufig das Anwendungsgebiet sehr groß und die Erfolge dementsprechend äußergewöhnliche zu sein scheinen.

Nach Darier sollte das Diphtherieserum sich auch gegen infektiöse Augenerkrankungen als wirksam erweisen. Janson konnte das auf Grund von Versuchen an der Freiburger Augenklinik nicht bestätigen. Er warnt direkt davor, sich auf den Wert des Serums bei nicht-diphtheritischen Affektionen zu verlassen, man solle da zu den altbewährten Mitteln greifen.

Der Vortrag Bernheimers über die Tuberkulinbehandlung Augenkranker basiert auf einer 10jährigen Erfahrung. Handelt es sich um skrofulöse Augenerkrankungen in Form von Lidrand- und Hornhautaffektionen, von denen hauptsächlich Kinder befallen werden, und fällt die Tuberkulinprobe positiv aus, so ist eine Tuberkulinkur meist vom großen Erfolge. Besteht gleichzeitig exsudative Diathese, so bleibt zuweilen die Wirkung des Tuberkulins aus, sie setzt erst wieder ein nach sorgfältiger Behandlung der Diathese oder Entfernung eines Eiterherdes, der einer Mischinfektion mit Staphylo- oder der Streptokokken sein Dasein verdankt. Bei chronischer Uveitis, bei Erkrankung der Netzhaut und des Sehnerven leistet das Tuberkulin gleichfalls Bedeutendes, weniger bei Keratitis parenchymatosa.

Schloms prüfte die praktisch wichtige Frage der Schädigung des Auges durch gleichzeitige Gaben von Kalomel einerseits und Jodkali, Bromkali und Kochsalz anderseits. Er stellte fest, daß bei Jodkalidarreichung schwere entzündliche Erscheinungen auftreten, die zu vollkommener Trübung und Verätzung der Hornhaut führen können. Die Gefahr steigt mit der Größe der Gabe. Wesentlich geringer sind die Erscheinungen bei Bromkali, wenn es auch hierbei zuweilen zu Trübungen der Kornea kommt, so geht der Reizzustand doch meist rasch zurück und es tritt Restitutio ad integrum ein. Bei Kochsalz treten nur ganz leichte Erscheinungen auf.

Nach Suellen wird der Strabismus convergens durch einseitige oder doppelseitige Abduzenslähmung beziehungsweise Insuffizienz mit nachfolgender erhöhter Spannung eines oder beider Interni hervorgebracht. Die häufige Amblyopie des Schielauges soll auf einer partiellen Atrophie des N. opticus beziehungsweise der Retina beruhen.

Die operative Behandlung des Strabismus durch Landolt hat nur spezialistisches Interesse, doch dürfte hier interessieren, daß derselbe Autor die Divergenz mit überkorrigierenden Konkavgläsern behandelt. Er will damit die richtige Konvergenz anregen, wodurch es zum binokularen Sehakt kommt. Er wendet logischerweise bei der Divergenz dasselbe Mittel an, wie wir es bei der Konvergenz schon lange tun: bei Konvergenz Konvexgläser zur Beseitigung zu starker Akkommodation, bei Divergenz Anregung der Akkommodation durch Konkavgläser.

Levinsohn hat Affen künstlich dadurch kurzsichtig gemacht, daß er sie für längere Zeit in eine Stellung brachte, daß sie gezwungen waren, den Kopf nach unten zu halten. Die Möglichkeit, auf diese Weise Myopie zu erzeugen, ist demnach nicht zu leugnen, anderseits ist es aber doch sehr fraglich, ob die Anschauungen Levinsohns, daß die Kurzsichtigkeit des Menschen durch Vornüberneigen des Kopfes nach Analogie seiner Experimente entstehen sollte, sich als richtig erweisen werden. Bereits in der Diskussion zu dem Vortrage wurden diesbezügliche Einwände gemacht. Vor allem gibt die Theorie keinerlei Erklärung für die Fälle einseitiger Kurzsichtigkeit, sie sind für alle Myopietheorien stets das Experimentum crucis.

Das Buch Steigers stellt das Ausführlichste dar, was bis jetzt auf dem Gebiete der Kurzsichtigkeit veröffentlicht wurde. Der durch seine langjährige Studien bekannte Autor räumt hier mit allen Theorien und manchem Vorurteil gründlich auf. Nach ihm sind wir von einer Erklärung der Myopie noch weit entfernt und wir werden auch nicht eher einen genauen Einblick in das Wesen derselben tun können, bis wir nicht gelernt haben, die Bedingungen aller sphärischen Refraktionen, der Myopie, Hyperopie und Emmetropie, gleichzeitig in das Bereich unserer Betrachtungen zu ziehen.

Amerikanische Literatur über Poliomyelitis. 1913. II. Semester. Sammelreferat.

1. **Barbour.** *Epidemic anterior poliomyelitis.* (Kentucky Med. Journ., 1913, 15. Oktober.)
2. **Bauman.** *Treatment of infantile paralysis.* (Behandlung der Kinderlähmung.) (Cleveland Med. Journ., Oktober 1913.)
3. **Bolin.** *Anterior poliomyelitis.* (Kentucky Med. Journ., 1. August 1913.)
4. **Fraser.** *Study of the cerebrospinal fluid in acute poliomyelitis.* (Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit bei Poliomyelitis.) (Journ. Exper. Med., September 1913.)
5. **Frauenthal.** *Treatment of the paralysis of anterior poliomyelitis.* (Behandlung der Lähmungen bei Poliomyelitis.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 20. Dezember 1913.)
6. **Leopold.** *The polyneuritis form of the acute poliomyelitis.* (Die polyneuritische Form der Kinderlähmung.) (Amer. Journ. Med. Scienc., September 1913.)
7. **Magruder.** *Infantile paralysis affecting the lower extremities; its surgical treatment and possibilities of cure.* (Chirurgische Behandlung und Heilvermögen der poliomyelitischen Lähmungen der unteren Extremitäten.) (Journ. Med. Assoc., 8. November 1913.)
8. **Mosby.** *Acute anterior poliomyelitis.* (Kentucky Med. Journ., 1. November 1913.)
9. **Rosenau.** *Mode of transmission of poliomyelitis.* (Übertragung der Poliomyelitis.) (Boston Med. and Surg. Journ., 4. September 1913.)
10. **Ryerson.** *The surgery of infantile paralysis.* (Chirurgie der Kinderlähmung.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 1. Novemer 1913.)
11. **Sawyer** and **Herms.** *Attempts to transmit poliomyelitis by means of the stable-fly.* (Versuche mit der Übertragung der Poliomyelitis mittelst der Stallfliege.) (Journ. Med. Assoc., 16. August 1913.)
12. **Wachenheim.** *Atypical infantile paralysis.* (Atypische Kinderlähmung.) (New York Med. Journ., 20. Dezember 1913.)
13. **Watkins.** *Orthopedic treatment of spinal poliomyelitis.* (Orthopädische Behandlung der spinalen Kinderlähmung.) (California State Journ. of Med., September 1913.)

Mit dem bedeutenden Nachlassen der seit 1907 wütenden Epidemie haben auch die Literaturbeiträge bedeutend abgenommen. Wie aus Obigem ersichtlich, beziehen sich gegenwärtig die meisten Artikel auf die chirurgische und orthopädische Nachbehandlung, ohne auch hier viel Neues zu bringen. Doch sind die Mitteilungen von Magruder in bezug auf die Fixation mit Sehnentransplantation und Zusammenschrauben der Knochen nicht ohne Interesse.

Fraser studiert die Zerebrospinalflüssigkeit bei der Kinderlähmung. Die Flüssigkeit ist klar und farblos, steht unter geringem Druck; in der 3. Woche ist die Globulinreaktion sehr ausgeprägt; die Lymphozytose ist in der 1. Woche am meisten entwickelt, aber in den ersten Tagen gibt es viele polymorphkernige Leukozyten. Die Flüssigkeit reduziert die Fehlingsche Lösung.

Die Übertragungsversuche von Sawyer und Herms fielen sämtlich negativ aus, was entschieden gegen die Rolle der Stallfliege spricht. Dieser Gegenstand bedarf entschieden weiterer Forschung.

Leopold gibt eine gute Beschreibung der polyneuritischen Form der Krankheit; Wachenheim beschreibt einige weniger

bekannte Phänomene aus eigener Erfahrung, so: lokalen Gesichtsschweiß bei normaler Temperatur, Lähmung des Kukullaris, Amaurose und Optikusatrophie bei der meningitischen Krankheitsform. Temperatursteigerung bis über 41°. Wachenheim (New York).

Allgemeines.

Troitzky (Charkow). *Die Meinungen Chr. W. Hufelands über die Pädiatrie im Lichte der Jetztzeit.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX u. LXI, S. 719.)

Hufeland wird hier als Vorkämpfer der Pädiatrie gezeigt. Der Kommentar Troitzkys entspricht indes keineswegs überall den allgemeinen Ansichten „der Jetztzeit", wenigstens in Deutschland.

Thorspecken (Bremen).

Herrman. *The age and seasonal incidence of diseases of children.* (Alters- und Jahreszeitinzidenz der Kinderkrankheiten.) (Arch. of Ped., Oktober 1913.)

Diagrammatische Aufzeichnung bei verschiedenen Krankheiten, ohne besondere Neuigkeiten darzustellen.

Wachenheim (New York).

Anatomie und Physiologie.

N. T. Stiftar. *Über die anatomisch-histologischen Besonderheiten in der Struktur des Pankreas von Frühgeborenen im Vergleich mit dem Baue dieses Organs bei ausgetragenen Säuglingen.* (A. d. Institut f. exper. Med. u. d. Petersburger Findelhause.) (Russky Wratsch, 1913, Nr. 30.)

Der Verf. führte die Untersuchungen an 29 Leichen von um 1 bis 2 Monate verfrüht geborenen Kindern, die ein extrauterines Alter von 2 Tagen bis zu 4 Monaten erreicht hatten, und an 4 Leichen ausgetragener Säuglinge, die im Alter von 1 bis 3 Monaten verstorben waren, aus und gelangte zu nachfolgenden Schlüssen: im Pankreas Frühgeborener stehen die Drüsenelemente in der Entwicklung bedeutend zurück. Die Kerne im Drüsengewebe sind auffallend klein, weisen ein schwach markiertes Chromatinnetz von verschiedener Gestalt und Größe auf. Das bindegewebige Stützgerüst ist stark entwickelt. Das Endothel der Gefäße stets degeneriert. Da der Entwicklungsgrad der Drüse dem Körpergewicht des Kindes ent-

spricht, wird er hauptsächlich durch das Alter des Individuums bedingt. Die angeführten Besonderheiten in der Struktur des Pankreas Frühgeborener bestehen selbst noch zu Beginn des 5. Monates der extrauterinen Existenz. M. Rudnew (St. Petersburg).

Physiologie und allgemeine Pathologie.

Pisek and **Le Wald.** *A further study of the anatomy and physiology of the infant stomach based on serial roentgenograms.* (Weitere Röntgenuntersuchungen über die Anatomie und Physiologie des Säuglingsmagens.) (Americ. Journ. Dis. Children, Oktober 1913.)

Wegen der vorzüglichen Röntgenogramme sollte der Beitrag im Original gelesen werden. Wachenheim (New York).

Hess. *The gastric secretion of infants at birth.* (Die Magensekretion bei der Geburt.) (Americ. Journ. Dis. Children, Oktober 1913.)

Schon am ersten Tage wird Salzsäure reichlich sezerniert, auch ohne den physiologischen Reiz der Nahrungszufuhr. Es wird bemerkt, daß Duodenal- und Pankreassaft anfangs bedeutend später und spärlicher sezerniert wird. Wachenheim (New York).

Ladd. *The influence of variations in diet upon gastric motility in infants.* (Einfluß der Diätvariation auf die Magenmotalität.) (Arch. of Ped., Oktober 1913.)

Das Kuhmilchkasein scheint die Entleerung des Magens bedeutend zu verzögern, die Fette sind scheinbar ohne Einfluß. Gerstenschleim scheint die Motilität zu befördern.

Wachenheim (New York).

F. D. Rumjanzeff. *Über die Viskosität des Blutes im Verlaufe von Infektionskrankheiten bei Kindern.* (A. d. städt. Kinderkrankenh. St. Petersburg.) (Russky Wratsch, Nr, 29, 30, 31.)

Der Verf. führte 290 Viskositätsbestimmungen des Blutes von Kindern aus. 164 Bestimmungen im Verlaufe von Scharlach. Während der ersten Tage war die Viskosität mit Dettermanns Apparat bestimmt = 70, nach Hesse = 4. Im späteren Verlaufe stellt sich eine unbedeutende Verminderung der Viskosität des Blutes ein, die gegen Ende der Erkrankung schwindet und selbst einer Viskositätssteigerung im Zusammenhang mit der Besserung des Ernährungszustandes der Kinder Platz macht. Zuweilen sank die Viskosität bedeutend; dieses hatte entweder eine Nephritis oder, wenn eine solche nicht auftrat, eine Zunahme des Körpergewichtes im Gefolge. Letzteres ist nach Ansicht des Verf. ein Ausdruck für die Läsion der salzeliminierenden Funktion der Nieren, für die Chlor-

natrium- und füglich auch Wasserretention in den Körpergeweben. Bei Nephritiden schwankte die Viskosität des Blutes zwischen 50 und 55; nicht nur während des Bestehens, sondern auch nach dem Schwinden der Ödeme. Die Steigerung der Viskosität im Verlaufe einer Nephritis bei gleichzeitiger Zunahme des Körpergewichtes weist auf eine Besserung des Ernährungszustandes und bevorstehende Genesung hin; ein rapides Ansteigen der Viskosität im Beginne der Erkrankung spricht für eine schwere Intoxikation. Ein beträchtliches Herabsinken der Viskosität bei schwerem Krankheitsverlauf deutet auf Hämolyse.

Bei Masern wurden 20 Fälle untersucht. Während der Eruptionsperiode ist die Viskosität 70 bis 65 nach Dettermann und 4 bis 3·6 nach Hesse; im Stadium der Desquamation sinkt sie ein wenig herab; bei hinzutretender Bronchopneumonie oder Enterokolitis ist sie gesteigert.

Von Dysenterie wurden 15 Fälle untersucht. Im akuten Stadium ist die Viskosität stets gesteigert infolge der häufigen Stuhlentleerungen, der hyperviskösen Eigenschaften eines an Kohlensäure reichen Blutes und vielleicht durch die Einwirkung der Toxine auf das Blut. In der nachfolgenden Periode ist die Viskosität herabgesetzt als Ausdruck der Anämie und infolge der Kohlehydratkost.

Von Diphtherie wurden 24 Fälle untersucht, bei leichten Erkrankungen waren geringe Alterationen der Viskosität zu verzeichnen, in schweren Fällen war die Viskosität gesteigert; bei Auftreten einer Stenose stieg die Viskosität mit der Verschlimmerung der Stenose. Bei Nierenaffektion war kein so schroffes Sinken der Viskosität, wie es bei Scharlach der Fall ist, zu verzeichnen.

Von Unterleibstyphus und kroupöser Pneumonie wurden 5 Fälle untersucht: bei Pneumonie ist die Viskosität bis zu dem Moment der Krise erhöht, bei Unterleibstyphus herabgesetzt und kehrt mit einsetzender Genesung und Besserung des Ernährungszustandes zu normaler Höhe zurück. Hinsichtlich der Methodik empfiehlt der Verf. die gleichzeitige Verwendung der Apparate von Dettermann und von Hess. M. Rudnew (St. Petersburg).

Hagner. *Schwankungen im Eiweißgehalte und in der Leitfähigkeit beim Säuglingsblute.* (A. d. Kinderklinik in Freiburg, Prof. Salge.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 50.)

Der gesunde Organismus des Säuglings ist unter normalen Bedingungen wohl immer imstande, die physikalische Zusammensetzung seiner Körpersäfte konstant zu erhalten.

Sobald jedoch eine Ernährungsstörung eintritt, wird die Regulation labiler, was sich in größeren oder kleineren durch die Wasserschwankungen des Organismus bedingten Schwankungen der lichtbrechenden Substanzen und der Leitfähigkeit kundgibt, die ihre Erklärung wieder in dem Unvermögen des kindlichen Organismus, seinen osmotischen Druck unter solchen Bedingungen konstant zu erhalten, haben. Birk (Kiel).

Marie Katzenellenbogen. *Untersuchungen über den Blutkalkgehalt bei Kindern nach der Wrightschen Methode.* (A. d. Kinderklinik d. med. Instituts f. Frauen zu St. Petersburg; Prof. Szokolow.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, H. 3, S. 187.)

Die Wrightsche Methode des Nachweises des Blutkalkgehaltes ist keine quantitative, denn es wird durch dieselbe nicht der absolute Kalkgehalt des Blutes, sondern nur derjenige Teil des Ca, der sich im freien, jedenfalls nicht fest gebundenem Zustande befindet, bestimmt; sie gibt somit nur relative Werte. Nur unter Berücksichtigung dieser Tatsache dürfen wohl die Ergebnisse der Verf. bewertet werden, die im übrigen auch von den mit der gleichen Methode von anderen Autoren (z. B. Neurath) erzielten nicht unerheblich abweichen.

Bei Kindern verschiedenen Alters fand die Untersucherin den gleichen Blutkalkgehalt — im Gegensatz zu Neurath. Auch bei natürlicher und künstlicher Ernährung fand sie keinen Unterschied wie jener. Nur neugeborene Kinder haben einen geringeren Gehalt. Bei Zufuhr von Kalksalzen per os fand sich eher eine Verminderung als eine Vermehrung des Kalkes im Blut. Kinder mit Rachitis dagegen zeigten keine Verminderung, eher war das bei spasmophilen der Fall. Im allgemeinen ergab sich, daß alle Kinder die Tendenz zeigen, ihr Gleichgewicht an oxalatfällbarem Kalk zu bewahren. Birk (Kiel).

Müller. *Untersuchungen über die Arbeitsleistung des Blutes und des Herzens bei gesunden Kindern vom 6. bis 11. Lebensjahre.* (A. d. Gr. Friedrichs-Waisenhaus in Rummelsburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, S. 266, Heubner-Festschr.)

Hinsichtlich der genaueren Methodik wie auch der klinischen Bewertung der Untersuchungen müssen wir auf die Originalarbeit verweisen. Wir geben hier nur die Ergebnisse wieder:

1. Das Minutenvolumen des Blutes und das Herzschlagvolumen. (Methode nach Plesch.)

Lebensalter	Blutminutenvolumen		Herzschlagvolumen	Umlaufsdauer in Sekunden
	Totalmenge	pro kg		
6— 7 Jahre	3277	160·8	36·05	24·64
8— 9 Jahre	2979	145·6	37·60	27·35
10—11 Jahre	3276	109·2	41·77	35·89

Verglichen mit dem Erwachsenen ergibt sich folgendes interessantes Ergebnis:

Erwachsener: (Plesch)	4179	61·26	58·75	53·08
Kinder: (6.—11. Lebensjahr)	3184	133·5	39·04	30·41

Während also beim Erwachsenen sich ein Blutkreislauf in etwa 53 Sekunden vollzieht, bedarf es beim Kind dafür nur eines Zeitraumes von 30 Sekunden.

2. Der Blutdruck. (Methode nach Riva-Rocci, auskultatorische Methode von Korotkow.)

Lebensalter	Maximum		Minimum oscillat.	Druck-differenz
	oscillat.	palpat.		
6— 7 Jahre	125	119	79	46
8— 9 Jahre	129	126	79	50
10—11 Jahre	134	130	86	48

3. Danach wurde die Hubkraft des Herzens berechnet: pro Minute in mkg

Erwachsene (Plesch)	Kinder 6.—7. Jahr	Kinder 8.—9. Jahr	Kinder 10.—11. Jahr
8·51	5·72	5·37	6·16

4. Hämoglobinbestimmungen nach Sahli: Durchschnittswert = 75%.

5. Chemische Sauerstoffkapazität des Blutes: Durchschnittswert = 16·4 Volumprozente.

6. Spezifisches Gewicht des Blutes: 1·0526 (nach früheren Untersuchungen des Verfs.: 1·0435).

7. Eisengehalt des Blutes: (jodometrisch nach Neumann bestimmt von Dr. Schloss). Durchschnittswerte: 0·438 g Fe pro Kilogramm Blut. Auf Hämoglobin berechnet beträgt der Durchschnittswert 0·367 g Eisen auf 100 g Hämoglobin. Birk (Kiel).

M. E. Grusdeff. *Über die physiologische Engbrüstigkeit der Kinder.* (Russky Wratsch, 1913, Nr. 41.)

Die physiologische Engbrüstigkeit der Kinder beginnt nach zurückgelegtem 2. Lebensjahre, ihr Maximum erreicht dieselbe

zwischen dem 11. und 15. Jahre. In dieser Periode ist das Verhältnis des Brustumfanges zur Körperlänge ein ungünstigeres als im Säuglingsalter und bei Erwachsenen. Diese relativ schwache Entwicklung des Thorax ist nicht als pathologisch aufzufassen, sie findet sich im Organismus nur während bestimmter Entwicklungsperioden vor und schwindet späterhin. Es liegen keine triftigen Gründe vor, die Schuld an der Engbrüstigkeit der Schule zuzuschreiben. Die Engbrüstigkeit der Schulkinder ist eine Wachstumserscheinung. Der Arbeit sind Diagramme beigelegt. M. Rudnew (St. Petersburg).

Diagnostik.

Chapin. *Radiographic studies of the gastro-intestinal tract in infants.* (Röntgenstudien über den Verdauungskanal des Säuglings. (Journ. Americ. Med. Assoc., 18. Oktober 1913.)

Morse. *Use of the Röntgen ray in the diagnosis of obscure abdominal conditions in infancy and childhood.* (Röntgendiagnose unklarer Abdominalzustände bei Kindern.) Ibid.

Obgleich vieles noch der Nachprüfung bedarf, hat die Röntgenuntersuchung die Diagnose der Unterleibserkrankungen, namentlich der Magendarmfunktion, nicht wenig erleichtert. Beide Artikel sind gut illustriert. Wachenheim (New York).

S. Ostrowsky (St. Petersburg). *Die diagnostische Bedeutung des Kupfermünzenschalles (signe du sou) bei Pneumonien und Pleuritiden der Kinder.* (Russky Wratsch, 1913, Nr. 18.)

Der Verf. kontrollierte das Auftreten des Kupfermünzenschalles (signe du sou) in 25 Fällen von exsudativer Pleuritis bei Kindern im Alter von 2 Monaten bis zu 10 Jahren. Bei exsudativer Pleuritis ohne gleichzeitige Affektion des Lungengewebes war das Zeichen positiv, es war ein deutlicher metallischer Beiklang des Schalles wahrnehmbar, so daß die Schwelle des Überganges des dumpfen Schalles in den metallischen festgestellt werden konnte. Bei gleichzeitiger Affektion des Lungengewebes war dieses Zeichen nicht ausgeprägt, bei Pneumonien mit gleichzeitiger Exsudation von weniger als 30 cm^3 Flüssigkeit fehlte es gänzlich.

M. Rudnew (St. Petersburg).

Pharmakologie und Toxikologie.

M. N. Klimenko. *Über die wiederholte Einführung der Heilsera.* (A. d. Institut f. exper. Med. u. d. Nikolaus-Kinderkrankenh.) (Russky Wratsch, 1913, Nr. 38/39.)

In der Mehrzahl der Fälle verwandte der Verf. Diphtherieheilserum, welches von einem beträchtlichen Teil seines Gehaltes

an Albumin (nach dem Verfahren von Dshershgowsky) befreit war, wobei in 4 Fällen 2 nacheinander folgende Injektionen in einem Abstande von weniger als 10 Tagen ausgeführt wurden. In 205 Fällen war der Zeitraum zwischen 2 Injektionen größer als 10 Tage (von 11 Tagen bis zu 8 Jahren). In 59 Fällen wurde das Serum 3mal appliziert. In 9 Fällen erhielten die Kinder 4- und 5malige Seruminjektionen. In 5 Fällen wurde bei wiederholten Injektionen das Serum entweder ausschließlich rektal oder rektal und subkutan eingeführt. Anaphylaktische Erscheinungen wurden in 11·9% der Fälle beobachtet. Schwere oder letale Fälle von Anaphylaxie hatte der Verf. nicht zu verzeichnen. 25mal trat einmalige, 8mal eine 2malige Serumreaktion auf. 13mal trat die Reaktion unmittelbar im Anschluß an die Serumapplikation auf, 18mal war sie beschleunigt, 2mal war es eine Spätreaktion. An Serumerscheinungen wurden beobachtet: Exantheme immer (33mal), Fieber 7mal, Übelkeit und Erbrechen 2mal und je 1mal: allgemeines Ödem des ganzen Körpers ohne Albuminurie, Ödem der Hände und des Gesichtes ohne Albuminurie und zirkumskriptes Ödem der oberen Extremität und der angrenzenden Partien von Brust und Rücken. In $^1/_5$ der Fälle applizierte der Verf. das Serum intramuskulär. Das Quantum des Serums betrug 1 bis 20 cm^3 bei subkutaner und 50 cm^3 bei rektaler Applikation. Der Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen: Die intravenöse Applikation und die Einführung des Serums in den Rückenmarkskanal muß aufs äußerste eingeschränkt werden. Bei intramuskulärer und subkutaner Injektion des Serums ist die Gefahr einer schweren, geschweige denn einer tödlichen Anaphylaxie so gering, daß bei Vorhandensein einer Indikation zur wiederholten Einführung des Serums dieselbe ohne jegliches Bedenken ausgeführt werden darf.

M. Rudnew (St. Petersburg).

Hedwig Donath. *Über die Phlebographie im Kindesalter, zugleich ein Beitrag zur therapeutischen Anwendung des Physostigmins.* (Wiener med. Wochenschr., 1914, S. 186.)

Mitteilung der Kurven eines Falles bei einem 4jährigen Knaben mit schweren Adams-Stokes-Anfällen, dessen Vorhof 117, der Ventrikel 46mal in der Minute schlug. Physostigmin beseitigte prompt die Tachykardie und die Beschwerden. Lehndorff (Wien).

Bakteriologie.

W. N. Klimenko. *Zur Frage des Vorkommens von choleraähnlichen Vibrionen bei Kindern.* (A. d. Institut f. exper. Med. u. d. Petersburger Nikolaus-Kinderkrankenh.) (Russky Wratsch. 1913, Nr. 44.)

Im Jahre 1913 fand der Verf. in den dünnflüssigen Ausleerungen eines schwer an Scharlach erkrankten Mädchens Vibrionen, die

40 bis 50% der gesamten Mikroorganismen in den Fäzes ausmachten. Dieselben Vibrionen fand der Verf. in Ausstrichen aus dem Stuhle von 30 Scharlachkranken, die Isolierung derselben gelang jedoch nur in 3 Fällen. Daraufhin untersuchte der Verf. noch 19 Scharlach-, 8 Diphtheriekranke und 2 gesunde Kinder. Bei allen fanden sich im Ausstrich in sehr geringer Anzahl Vibrionen, die zu isolieren jedoch nicht gelang. Der Vibrio glich seinem Bau nach dem Choleravibrio, doch war er nicht virulent für Meerschweinchen und Tauben, mit agglutinierendem Choleraserum trat keine Agglutinationsreaktion auf.

M. Rudnew (St. Petersburg).

Serologie und Immunitätslehre.

L. Axenoff. *683 Fälle von Serumkrankheit.* (A. d. städt. Kinderkrankenh. zu St. Petersburg.) (Russky Wratsch, 1913, Nr. 22—25.)

Der Verf. beobachtete 683 Fälle von Serumkrankheit bei Scharlachkranken im Gefolge der Behandlung mit Moserschem Serum, welches aus dem serologischen Institut der Moskauer Universität bezogen wurde. Im Laufe von $7^1/_2$ Jahren wurde die Wirksamkeit des Serums an 1032 Kranken studiert. Das Auftreten von Serumkrankheit wurde in 66% der behandelten Fälle beobachtet. Bei Kindern unter 5 Jahren in 74·5% der Fälle, bei älteren Kindern in 59%, da die Dosierung des Serums auf das Kilogramm Körpergewicht bei ersteren relativ höher war. Geschlecht und Krankheitstag, an dem das Serum appliziert wurde, waren ohne Einfluß auf das Auftreten von Serumkrankheit. Die individuellen Eigenschaften des Pferdeserums traten deutlich zutage; das Serum gewisser Exemplare verursachte stets, sei es bei Applikation per os oder im Gemenge mit Serum von anderen Pferden, das keine nachteiligen Folgeerscheinungen hervorrief, das Auftreten von Serumkrankheit. Zweifellos spielt die Individualität des Kranken sowie familiäre Prädisposition eine Rolle. Die Inkubationszeit schwankte zwischen 3 bis 17 Tagen. Der Beginn der Mehrzahl der Erkrankungen fällt auf den 5. bis 10. nach der Injektion. 51% der Erkrankungen setzten am 7. respektive 8. Tage nach der Injektion ein, 9·3% zwischen dem 12. bis 17. Tage. Ein frühes Auftreten der Serumkrankheit, am 3. oder 4. Tage nach der Injektion wurde 25mal beobachtet; in 19 oder 76% dieser Fälle handelte es sich um Doppelinfektion; als erste Infektion war hier Diphtherie aufgetreten und war mit Diphtherieheilserum behandelt worden; späterhin, nicht vor dem 13. und nicht später als am 26. Krankheitstage, wurde Mosersches Serum appliziert; die aufgetretene „beschleunigte" Reaktion hatte keinen nachteiligen Einfluß auf den Krankheitsverlauf. Eine unmittelbare Reaktion wurde in keinem der Fälle beobachtet. In 237 Fällen wurde bei der Einlieferung der Kranken Mosersches Serum injiziert und darauf

nach 5 bis 39 Tagen aus prophylaktischen Rücksichten oder zur Bekämpfung einer hinzugetretenen Infektion Diphtherieheilserum. Serumkrankheit trat in den derartig behandelten Fällen in 69% im Gefolge des Moserschen Serums auf, nur in 7·2% der Fälle wurde sie durch die 2. Seruminjektion verursacht. Der Beginn der Serumkrankheit fiel auf den 4. bis 5. Tag, der Verlauf war in der Regel leicht, nur 2mal war die Erkrankung ernsterer Natur, jedoch ohne schlimme Folgen. Als Beginn der Serumkrankheit bezeichnet der Verf. das Auftreten des Exanthems, als Abschluß der Erkrankung gilt das vollständige Schwinden der Komplikationen und der deutliche Rückgang der Drüsenschwellung. Die Dauer der Krankheit beträgt einige Stunden bis $4^1/_2$ Wochen. Zum größten Teil 4 Tage bis $2^1/_2$ Wochen; bei protrahiertem Verlaufe verläuft die Krankheit mit Unterbrechungen. Es wurden 282 Fälle = 21·3% mit in 2 oder mehr Perioden getrenntem Verlaufe beobachtet. Die Dauer des Intervalls zwischen 2 Perioden schwankt zwischen 8 und 11 Tagen. Die Fälle mit 3 oder mehr Perioden (der Intervall übersteigt die Dauer von 5 Tagen nicht) verliefen leicht. In 2periodigen Fällen nahm die 2. Periode einen schwereren Verlauf als die erste.

Tödlich verliefen 58 Fälle = 8·5%; in 21 (3%) derselben waren skarlatinöse Komplikationen nicht aufgetreten; in 37 kam es nur zu leichten Komplikationen, die schon im Schwinden begriffen waren, doch während der 2. Periode sich verschlimmerten und so tödlichen Ausgang verursachten. Außer obigen Fällen trat der Tod noch in 11 Fällen als Folge der Serumapplikation ein (4mal Hämolyse, 7mal Gangrän).

Das Allgemeinbefinden der Kranken war im Verlaufe der Serumkrankheit nur bei Auftreten einer 2. Periode beeinträchtigt, es trat dann Apathie und Schwächezustand ein. Bestanden Ödeme oder Albuminurie, so wurde weder Pulsverlangsamung noch Steigerung des Druckes der Pulswelle beobachtet. Mit dem Einsetzen der Serumkrankheit begann in 90% der Fälle das Körpergewicht zu steigen; hierbei bedeutete ein allmähliches Ansteigen desselben ein günstiges Symptom. Ein rapides Ansteigen desselben war ein Anzeichen für einen protrahierten Verlauf der Serumkrankheit und ein ungünstiger Verlauf der 2. Periode (Wasserretention?). Die Serumkrankheit an sich beeinflußt die Scharlachkomplikationen in ungünstigem Sinne nur dann, wenn diese Komplikationen in die 2. Periode fallen. In betreff der Körpertemperatur ist zu bemerken, daß Ödeme, Albuminurie und Arthralgie fast fieberfrei verliefen. Von kurzer Dauer war das Fieber bei Urtikaria, eine hohe Akme erreichte es bei Erythema gyratum; anhaltend und daher von Körperverfall begleitet war das Fieber bei hämorrhagischem Erythem. Arthritiden verliefen stets mit hohen Fiebertemperaturen. Während der freien Intervalle wurde unbedeutendes Ansteigen der Temperatur bis 37·5 beobachtet.

In 78% aller Fälle von Serumkrankheit wurden Exantheme beobachtet. Das im Beginne lokalisierte Exanthem wurde in der Regel bald universell, war auf den Streckseiten ausgiebiger als auf

den Beugeseiten. In 38·5% trat nur Urtikaria oder Erythem auf. In 61·5% der Fälle trat im Beginn das eine Exanthem auf, worauf sich am nächsten Tage das andere einstellte.

Urtikaria wurde in 34% der Fälle beobachtet, häufiger bei Kindern, die das 5. Jahr zurückgelegt hatten; sein Auftreten fiel auf den 7. bis 9. Krankheitstag, die Effloreszenzen hielten 3 bis 4 Tage an. Erythem war in 63·5% der Fälle zu verzeichnen. Am harmlosesten war das makulöse Erythem, das bullöse Erythem verlief protrahiert, jedoch nie tödlich. Das Erythema gyratum war von hohem Fieber begleitet; am malignesten verlief das hämorrhagische Erythem, das in der 2. Periode der Serumkrankheit auftrat.

Gelenkaffektionen wurden in 23% der Fälle beobachtet. Sie waren häufiger bei über 5 Jahre alten Kindern. Kleinere Gaben des Serums führten häufiger diese Komplikationen herbei. Mehr als die Hälfte dieser Affektionen traten am 14. bis 17. Tage auf, die Dauer derselben war 3 bis 4 Tage, sie setzten mit Schmerz in den Gelenken ein. Am häufigsten wurde das Kniegelenk befallen, darauf das Fußgelenk, weiterhin der Ellenbogen, das Handgelenk, das Schultergelenk, in selteneren Fällen die übrigen Gelenke. Bei einem Teil der Kranken war eine skarlatinöse Synovitis zu verzeichnen; doch treten wie bekannt skarlatinöse Synovitiden nur in 1 bis 3% der Scharlacherkrankungen auf; der Verf. konnte jedoch Gelenkaffektionen bei weitem häufiger (in 23% der Fälle) beobachten; dieses gehäufte Auftreten derselben wäre also dem Einflusse des Serums zuzuschreiben.

Die während der 2. Periode beobachteten Arthritiden waren suppurativ und endeten letal.

Ödeme traten in 12·7% der Fälle auf. Albuminurie in 9·5%; häufiger bei über 5 Jahre alten Kindern, bei kleingewählter Dosis trat dieselbe seltener auf. Der Beginn fällt auf den 7. bis 9. Tag. Die Ödeme halten etwa 2 Tage an, die Albuminurie dauert 3 bis 6 Tage, meist lokalisierten sich die Ödeme auf dem Gesichte und an den Beinen.

Behandlung: Netters Methode (2% Kalcium chlorat.) und Bezredkas Verfahren blieben ohne positives Ergebnis. Juckreiz wurde mit ½% Karbollösung gestillt (Abreibungen des Körpers); dann mit kühlen Bädern von 27 bis 28°, 2% Natrium bromat. zur Nacht. Arthralgien wurden mit Alkoholumschlägen, lokalen heißen Bädern und zuweilen durch Darreichung von Salizylpräparaten behandelt. M. Rudnew (St. Petersburg).

P. Medowikoff. *Über Bakteriolysine der Frauenmilch.* (A. d. städt. Kinderkrankenh. z. Gedächtnis an die Kaiserkrönung in St. Petersburg.) (Russky Wratsch, 1913, Nr. 19.)

Der Autor wies auf experimentellem Wege das Vorhandensein von Bakteriozidinen in der Frauenmilch nach. Er bediente sich hierbei des von Kleinschmidt angegebenen Verfahrens, doch nahm er zum Versuche 5 cm^3 Milch. Als Komplement diente am Versuchstage gewonnenes Menschenblutserum in zehnfacher Verdünnung mit physiologischer Kochsalzlösung. Zur Infizierung der

Milch wurde 24stündige Bouillonkultur des Bazillus Typhus abdominalis, des Paratyphus β und das Bakterium koli verwandt. Die Menge des Infektionsstoffes betrug 0·1 der zweiten Verdünnung einer 24stündigen Kultur (0·1 : 4·9 physiologische Kochsalzlösung). Nach der Infizierung kamen die Reagenzgläser mit der Milch in den Brutschrank. Von hier aus erfolgte die Aussaat auf Agar in Quantitäten von 0·1 cm³ sofort nach der Infizierung und späterhin in bestimmten Abständen. Der Versuch begann nach Verlauf von 40 bis 45 Minuten nach Gewinnung der Milch. Die Beigabe des Komplementes (normales Menschenblutserum) in Mengen von 0·03 bis 0·2 brachte im Laufe von 6 bis 7 Stunden eine Bakteriolyse zustande. In abgekochter Milch sowie in inaktivierter Milch ohne Komplement fand Bakteriolyse nicht statt. Durch den Versuch wurde der Hinweis Kleinschmidts auf das Vorhandensein von Ambozeptoren in Frauenmilch bestätigt. Der Gehalt der Frauenmilch an Komplement ist jedoch gering, ein Umstand, der es erklärlich macht, weshalb den früheren Autoren Moro, Kolff und Noegerrath, die zum Versuche ein zu kleines Quantum Milch verwandten, der Nachweis von Bakteriozidinen in der Milch mißlang. M. Rudnew (St. Petersburg).

Zeiss. *Der diagnostische Wert der Darmkoliagglutination in der Pathologie des Säuglings.* (A. d. Kinderklinik in Freiburg, Prof. Salge.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 76.)

Die Arbeit knüpft an eine frühere Arbeit von Schelble an, aus der hervorging, daß der positive Ausfall der Agglutinationsprobe mit Bact. coli, weit über Verdünnungsgrade von 1 : 50 hinaus, nichts für die spezifische Pathogenität der betreffenden Stämme für den Darmkanal des Säuglings beweise. Da diese Feststellung Widerspruch gefunden hat, unternahm der Verf. erneute Untersuchungen nach der gleichen Richtung hin, die Folgendes ergaben:

1. Das Serum leicht und schwer chronisch ernährungsgestörter Säuglinge zeigt Agglutinationen bei einer Verdünnung 1 : 500. Agglutinationen bei 1 : 1000 und in einzelnen Fällen bis 1 : 2000 wurden ebenfalls — im ganzen 14 mal — festgestellt. Über die letzte Grenze hinaus wurden keine positiven Befunde mehr erhoben.

2. Das Serum eines völlig gesunden Brustkindes agglutinierte keinen seiner eigenen Stämme. Von 5 fremden Stämmen wurde einer bei 1 : 1000, zwei bei 1 : 150, je drei bei 1 : 100, 1 : 200 und 1 : 400, vier bis 1 : 50 agglutiniert. Ein Stamm verhielt sich vollständig negativ.

3. Daraus geht von neuem hervor, daß der Darmkoliagglutination in der Pathologie des Säuglings diagnostischer Wert nicht beigelegt werden kann. Birk (Kiel).

Larsen and **Sedgwick.** *The complement fixation reaction of the blood of children and infants, using the bacillus abortus as antigen.* (Die Komplementfixationsreaktion bei Kindern bei Verwendung des Bac. abortus als Antigen.) (Americ. Journ. Dis. Children, November 1913.)

Verff. finden positive Reaktion bei 17% der untersuchten Kinder, namentlich bei Vorhandensein von Rachitis oder Knochentuberkulose. Da der Baz. abortus bei Meerschweinchen tuberkelähnliche Läsionen hervorruft, ist genauere Untersuchung über die pathogene Wirkung des betreffenden Bazillus auf den Menschen angezeigt, die häufige Immunreaktion unter den erwähnten Umständen kann schwerlich reiner Zufall sein.

Wachenheim (New York).

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

K. Stolte. *Grundlinien der Ernährungstherapie bei akuten Ernährungsstörungen der Säuglinge.* (Habilitationsschr., Straßburg, 1913.)

Die letzten Jahre haben den Besitzstand der Kinderheilkunde nach allen Richtungen hin erweitert; neue Anschauungen wurden geboren, neue Tatsachen den alten angefügt. Schließlich scheint jetzt ein gewisses Stadium der Klärung, der Ruhe und Sammlung zu neuen Aufgaben eingetreten zu sein. Rückblickend auf diese hinter uns liegende Periode zieht das Buch des Verfs. die Bilanz der Leistungen. Ein höchst anziehendes Unternehmen — denn man erkennt aus ihm, wie die verschiedenen pädiatrischen Schulen und Kliniken letzten Endes doch eigentlich alle an ein und demselben Strang gezogen haben, und wie sich trotz aller Verschiedenheiten der Angriffspunkte die Arbeiten über die Ernährungsstörungen der Säuglings doch nach einem Ziele hin bewegt haben.

Zweifellos ist tüchtige Arbeit geleistet worden — jede Seite des Buches weiß davon zu erzählen. Aber wo eine Frage fast gelöst erscheint, da haben sich 10 neue erhoben und heischen Antwort. Da das Buch gewiß nur den wenigsten zugänglich ist, mag hier etwas näher auf die Gedankengänge des Autors eingegangen sein.

Einleitend weist er darauf hin, was für eine große Bedeutung die Konstitutionslehre im Laufe der Zeit gewonnen hat und welche Rolle sie namentlich bei der Bewertung der Magendarmerscheinungen des Säuglingsalters spielt. Schon die verschiedenartigen Reaktionen der Brustkinder gegenüber der Frauenmilch lassen sich nur durch eine verschiedene Reizbarkeit des Darmnervensystems erklären. Schärfer noch tritt die nervöse Komponente beim kranken und ernährungsgestörten Kind in Erscheinung. Schon bei ganz oberflächlicher Beobachtung kann niemandem entgehen, wie die Psyche des kranken Kindes so ganz parallel geht der Verschlechterung seines körperlichen Befindens beziehungsweise der beginnenden Rekonvaleszenz und Reparation.

Sodann macht der Verf. den Versuch, „klarzulegen, ob und in welcher Weise die einzelnen Bestandteile der gebräuchlichen

Säuglingsnahrungsmittel unerwünschte Wirkungen zu entfalten vermögen, wie wir diese erklären und in welcher Weise wir ihnen begegnen können".

Er beginnt mit dem Eiweiß, über das die überall geübte Eiweißmilchbehandlung weitgehende Erfahrungen zu sammeln Gelegenheit gegeben hat, Erfahrungen, die nur bestätigt haben, daß die alte Lehre Biederts vom schädlichen Eiweißrest und den Kaseinbröckeln im Stuhl in der Form, wie sie von ihm vertreten wurde, tatsächlich zu Unrecht besteht. Wenn in jüngster Zeit Beweise erbracht wurden, daß doch mit Hilfe verfeinerter Methoden Bröckel unverdauten Kaseins im Stuhlgang nachweisbar sind, so hat das bisher keine andere Bedeutung gewonnen als eben die einer interessanten Tatsache. Es ist jedenfalls bisher noch unzulässig, mit diesem Faktor bereits den Gedanken an eine pathologische Bedeutung zu verknüpfen, wie es Monrad tat. Im übrigen hat die Schule Czernys niemals die Möglichkeit eines Eiweißnährschadens a limine abgelehnt, sondern immer nur konstatiert, daß ein solches bisher nicht bewiesen sei. Der Autor selbst steht dieser Möglichkeit durchaus sympathisch gegenüber. Er berichtet von Kindern, die bei Ernährung mit eiweißreicher Kost (Quark) stark faulig riechende, dünnflüssige, diarrhöische Stuhlentleerungen hatten, die nicht früher zur Heilung kamen, als bis durch starke Einschränkung des Eiweißes und Zufuhr von Kohlehydraten eine Umstimmung der Darmflora bewirkt wurde. In solchen Fällen handelt es sich möglicherweise um Durchfälle, die auf einer pathologischen Darmfäulnis beruhen und durch die Eiweißmast unterhalten werden.

Noch in anderer Weise äußert sich die Schädigung durch Eiweiß, wenigstens die lange fortgesetzte Verfütterung desselben: es kommt zu einer Verarmung des Körpers an Alkalien. Der meist zur Eiweißfütterung verwendete Quark besteht fast nur aus Kasein und enthält minimale Mengen von Salzen. Aus der Verbrennung des Kaseins entstehen große Mengen anorganischer Säuren (Phosphorsäure und Schwefelsäure), die unter Mitnahme von Basen ausgeschieden werden. Und wenn Säuglinge schließlich die Eiweißüberfütterung hartnäckig verweigern, sogar Todesfälle nach wochenlang durchgeführter, anscheinend gut vertragener Quarkfütterung eintreten, für die man sonst keinen Grund findet, so liegt es nahe, an eine Schädigung durch Eiweißmast zu denken.

Er geht dann weiter auf die doppelte, bald nutz- bald schadenstiftende Rolle der Kohlehydrate ein. Die Untersuchungen der letzten Jahre haben mehr und mehr gezeigt, daß auch die Mehle bereits von jungen Säuglingen vortrefflich ausgenutzt werden. Er erinnert an die Untersuchungen aus der Straßburger Klinik Czernys über den verschiedenen Abbau der Mehle im Darmkanal und legt schließlich dar, daß die mannigfachen Modifikationen der Milch — Eiweißmilch, Kaseinfettmilch, Buttermilch mit Mondamin, Kefir — alle nach der Richtung hin zu wirken suchen, die Kohlehydratgärung im Darm und die Eiweißfäulnis gegeneinander auszuspielen.

Auch das **Fett** spielt eine zweifache Rolle, einmal bei der Pathogenese der akuten Ernährungsstörungen, zum andern bei der der chronischen Störungen und der Rachitis. Beides sind keine neuen Tatsachen, neu dagegen ist, daß wir nicht mehr wie früher das Fett an sich für die entstehenden Störungen verantwortlich machen, sondern neben dem Fett auch berücksichtigen, in welchem Milieu es angeboten wird. Kam es früher zu Störungen durch Fettdarreichung, so blieb nur übrig, das Fett auszuschalten oder doch wenigstens seine Menge stark zu reduzieren. Heute steht noch ein zweiter Weg offen, nämlich der, durch Zugabe reichlicher Kalksalze die schädigenden Produkte der Fettspaltung unschädlich zu machen. In dieser Wirkung begegnet sich wieder die Eiweißmilch mit der Kaseinfettmilch, mit der Buttermilchkorrektur der Nahrung und schließlich auch mit der altherkömmlichen Verabreichung von Kalkwasser zu Sahneverdünnungen. — Bei den Nährschäden wirkt das Fett hauptsächlich obstipationerzeugend und alkalientziehend. In jedem Falle ist eine Reduktion des Fettes indiziert. Man kann aber die Heilungsaussichten auch durch Verschiebung der Mineralbestandteile verbessern: bei der Obstipation kann man Malzsuppenextrakt mit Alkali geben oder auch Molke zulegen, während man bei bestehendem Durchfall eine Reduktion der Alkalien entweder unter Beibehaltung des Fettgehaltes (molkenadaptierte Milch) oder unter Reduktion des Fettgehaltes und Vermehrung von Kalk und Eiweiß (Kaseinfettmilch von Heim und John, Buttermilchkorrektur beziehungsweise Eiweißmilchverwendung) durchführen kann.

Was die Salze anbetrifft, so erblickt der Verf. die eventuelle schädliche Wirkung nicht im Salz an sich, sondern in seinem Zusammentreffen mit bestimmten organischen Substanzen. Demgemäß kann man auch nicht in der Molke das allein schädliche Prinzip der Kuhmilch erblicken. Werden doch selbst Durchfälle bei Frauenmilch, die doch ideal „molkeadaptiert" ist, durch Zufügung von Molke in Gehalt der Buttermilch gebessert. Auch die „intermediäre Salzschädigung" steht nach seiner Meinung auf schwachen Füßen. —

Hiermit ist der Inhalt der Arbeit kurz skizziert und man erkennt daraus vielleicht schon, welch eine Fülle von Ideen darinnen steckt. Es ist an sich schon ein Genuß, im Zusammenhang und gewissermaßen von einer höheren Warte aus die mannigfachen Probleme, die die Pädiatrie in den letzten Jahren bewegt haben, beleuchtet zu sehen. Doppelt angenehm aber wirkt es, wenn bekannte Tatsachen nicht in der herkömmlichen Art und Weise, sondern wieder einmal unter einem neuen Gesichtswinkel und in neuer, eigenartiger Auffassung vorgetragen werden. Birk (Kiel).

v. Pirquet. *Eine einfache Tafel zur Bestimmung von Wachstum und Ernährungszustand bei Kindern.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., B. VI, S. 253.)

Die Tafeln — bei Springer, Berlin W., Linkstraße, einzeln käuflich — enthalten die Durchschnittsgewichte der Kinder nach den

Camererschen Grundzahlen berechnet und zur Körperlänge in Beziehung gesetzt. Birk (Kiel).

Langstein, Rott und **Edelstein.** *Der Nährwert des Kolostrums.* (Ein Beitrag zur Frage des Energiebedarfs der Säuglinge in den ersten Lebenstagen.) (A. d. Kais. Augusta-Viktoria-Haus in Charlottenburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, S. 210, Heubner-Festschr.)

Die Verff. berechnen, daß der Nährwert des Kolostrums

am	1.	Tage	rund	1500	Kalorien
„	2.	„	„	1100	„
„	3.	„	„	800	„
„	4.	„	„	750	„
„	5.	„	„	700	„
„	6.	„	„	675	„
„	7.	„	„	650	„

ausmacht. Birk (Kiel).

Kühl (Kiel). *Der Milchzucker.* (Deutsche Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspfl., Bd. XLIV.)

Der Milchzucker des Handels hat einen mehr oder minder hohen Aschen- und Stickstoffgehalt und enthält dementsprechend mehr oder minder reichlich Bakterien. Durch Lösen in destilliertem Wasser und Umkristallisieren aus dem Filtrat konnte Verf. den Gehalt an Mineralstoffen auf ein Minimum reduzieren und ein stickstoff- und bakterienfreies Produkt gewinnen.

Hohlfeld (Leipzig).

Hayashi. *Über die Durchlässigkeit des Säuglingsdarmes für artfremdes Eiweiß und Doppelzucker.* (Monatsschr. f. Kinderheilk.)

Zur Prüfung der Toleranz des Säuglingsdarmes eignet sich das von Lust zu diesem Zweck verwandte Hühnereiweiß besonders gut. Bei darmgesunden Säuglingen treten in der Regel erst bei einer Zufuhr von 15 bis 20 g nativem Hühnereiweiß pro Kilogramm Körpergewicht nachweisbare Mengen noch artfremder Eiweißanteile im Urin auf. Die Größe der Toleranz erfährt im Verlaufe des ersten Lebensjahres keine nennenswerte Änderung. Bei manchen „exsudativen" Säuglingen scheint die „Assimilationsgrenze" etwas niedriger zu liegen als dem Durchschnittswert entspricht. Eine regelmäßige Herabsetzung ist jedoch nicht vorhanden.

Eine solche findet sich jedoch bei Säuglingen auch noch längere Zeit nach dem Abklingen akuter Darmstörungen, wenn das Kind in klinischem Sinne bereits als völlig geheilt angesehen werden kann.

Veränderungen der Durchlässigkeit für heterologes Eiweiß gehen annähernd parallel mit gleichsinnigen Veränderungen der Durchlässigkeit für Disaccharide. Die „Assimilationsgrenzen" für Rohr- und Milchzucker liegen sehr nahe beieinander, zuweilen sind sie sogar identisch. Anhaltspunkte für eine stärkere Belastung der

Darmwand durch das eine oder das andere der beiden Disaccharide haben sich nicht ergeben. Lust (Heidelberg).

Brüning. *Zur Geschichte der Karottensuppe als Säuglingsnahrung.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VI, S. 374.)

In Hufelands Journal der praktischen Heilkunde von 1801, XIII. Band, findet sich bereits erwähnt, daß im russisch-türkischen Krieg 1787—1792 eine Offiziersfrau ihr Neugeborenes mit Möhrensuppe künstlich und erfolgreich aufgezogen habe, und zwar nach einer Sitte, die bei den Wallachen von altersher geherrscht habe.

(Wenn Brüning meint, daß heute — 120 Jahre danach — die systematische Verfütterung von Möhrensuppe an Neugeborene noch ausstehe, so stimmt das nicht. Man hat auch bei uns Neugeborene mit Gemüse gefüttert, zwar nicht mit Möhren, aber mit Spinat.) Birk (Kiel).

Lowenburg. *The etiology of artificial feeding.* (Ursache der künstlichen Ernährung.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 13. Dez. 1913.)

Eine Propaganda für das Stillen. Obgleich die Bemühungen der Ärzte in dieser Richtung nicht erfolglos geblieben sind, werden doch noch immer zu viele Kinder künstlich aufgezogen. Namentlich bei der ärmeren Bevölkerung sollte die Gemeinde das Stillen fördern; hier ist man bisher über die bescheidensten Anfänge nicht herausgekommen. Wachenheim (New York).

W. Sokoloff. *Zur Frage der Verwendung von Eiweißmilch bei Kindern.* (A. d. Asyle „Jassli" [Krippe] d. Kiewer Gouvernement Zemstwo's.) (Russky Wratsch, 1913, Nr. 28.)

Der Verf. verwandte die von der deutschen Fabrik M. Töpfer hergestellte „Eiweißmilch" zur Ernährung von 12 Kindern im Alter von 3 Tagen bis zu 3 Monaten; 2 davon litten an alimentärer Intoxikation, 5 waren atrophisch, bei anderen 5 bestand Dyspepsie. Die beiden Kinder der ersten Gruppe und vier der zweiten gingen zugrunde. Der Verf. erwähnt, daß die Fäzes die Eigenschaften des Seifenstuhles erhielten und daß die Stuhlentleerungen seltener wurden; in 4 Fällen blieben die Fäzes unverändert. M. Rudnew (St. Petersburg).

S. E. Ostrowsky. *Die Bedeutung der Larosanmilch für die Diätetik des frühen Kindesalters.* (A. d. Petersburger Findelhause.) (Russky Wratsch, 1913, Nr. 29.)

Der Verf. beobachtete die Wirkung der Larosanmilch an 49 Säuglingen. Zur Steigerung des Kalorienwertes wurde 1 bis 2% Soxhlets Milchzucker beigegeben. Späterhin wurde von dieser Beigabe angesichts des hohen Preises des Nährzuckers Abstand genommen. Die Dosis an Larosan wurde höher als bei den Stölznerschen Versuchen gewählt und betrug nicht 20, sondern 30 g auf das Liter Milch; auf das Kilogramm Körpergewicht wurde nicht mehr als 200·0 der Mischung verabreicht. Verordnet wurde die Mischung

bei Dekomposition (24 Fälle), Dyspepsie (10 Fälle), alimentärer Intoxikation (5 Fälle), Rachitis (5 Fälle) und bei 5 gesunden Säuglingen. Günstige Resultate (75%) erzielte der Verf. bei Dekomposition; weniger gute bei Dyspepsie (in 7 Fällen Mißerfolge); 4 Fälle von Toxikose gingen ein. Im allgemeinen jedoch erkennt der Verf. die Larosanmilch als ein geeignetes Nährmittel an, welches die Bekömmlichkeit der Kuhmilch erhöht und den gleichen Indikationen, wie die Eiweißmilch, entspricht, der es aber durch Wohlfeilheit und Geschmack überlegen ist. M. Rudnew (St. Petersburg).

L. Langstein. *Welche Aufgaben stellen die Infektionen im Säuglingsalter der Diätetik?* (Ein Beitrag zur Kenntnis der Beziehungen zwischen Infektion und Ernährung mit besonderer Berücksichtigung der Säuglingstuberkulose.) (A. d. Kais. Augusta-Viktoria-Haus in Charlottenburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, S. 193, Heubner-Festschr.)

Allgemeine Hinweise auf die Notwendigkeit einer Berücksichtigung der Ernährung der Säuglinge im Verlaufe von Infektionen — Grippe, Pyelitis, Tuberkulose — ohne wesentliche neue Gesichtspunkte. Birk (Kiel).

Zahoreky. *Heat and summer diarrhoea.* (Hitze und Sommerdiarrhöe.) (Americ. Journ. Dis. Children, November 1913.)

Vorliegende Erfahrungen beziehen sich auf die Stadt St. Louis, wo die mittlere Sommertemperatur, bei hoher Feuchtigkeit, 25° beträgt, also tatsächlich fast tropisch ist; die Zimmertemperatur erreicht daselbst nicht selten 35°. Die Ergebnisse sind von denen in viel mäßigeren Klimaten wenig verschieden, wie Verf. nachweist; die gefahrbringenden Temperaturen beginnen bei viel tieferen Graden, wie ja aus europäischen Erfahrungen bekannt ist. Hohe Temperatur ist bloß ein, wenngleich wesentliches Moment bei der Erzeugung der Sommerdurchfälle. Wachenheim (New York).

Kendall, Day and **Bagg.** *Summer diarrhoeas in Children, 1911.* (Sommerdiarrhöen bei Kindern im Jahre 1911.) (Boston Med. and Surg. Journ., 20. November 1913.)

Kendal and **Day.** *Summerdiarrhoeas in children 1912.* (Ibid.)

Smith. *Two types of infectious diarrhoea in infants.* (2 Typen infektiöser Diarrhöe bei Kindern.) (Ibid.)

Kendall. *Etiologie of severe summer diarrhoeas of bacterial causation.* (Bakterielle Ursachen der Sommerdiarrhöe.) (Ibid.)

Hunt. *Preparation of common infant foods.* (Zubereitung gewöhnlicher Säuglingsnährmittel.) (Ibid.)

Sämtliche Aufsätze betonen das Vorherrschen einer proteolytischen Darmflora bei diesen Fällen, so daß die Sommerdiarrhöe der Kinder als eine Infektionskrankheit betrachtet werden muß. Daneben findet man verschiedene anerkannt pathogene Bakterien.

Gasbazillen scheinen am häufigsten vorzukommen, dann Dysenteriebazillen der Typen Flexner respektive Shiga, gelegentlich Paratyphusbazillen, Streptokokken und nicht selten Verbindungen dieser Bakterien mit Hefen. Ausnahmsweise kommen andere pathogene Keime vor. Im ganzen kann diese Erkrankung nicht als eine Einheit aufgefaßt werden; bloß die Proteolyse scheint konstant zu sein, so daß Vergiftung durch Eiweißzersetzung die Basis bildet in Verbindung mit einem Entzündungsprozeß der verschiedensten Kausation.

Wachenheim (New York).

Neuhaus und **Schaub.** *Über die sog. Kuhmilchidiosynkrasie bei Säuglingen.* (A. d. Kinderklinik in Frankfurt a. M.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, S. 310.)

Ein Brustkind wird auf $^1/_3$ Milch + Schleim + Nährzucker abzusetzen versucht, daraufhin Erbrechen, Fieber von 39·1°, Kollaps, Gewichtssturz, Durchfall; im Urin Eiweiß und Zucker. Reparation bei Frauenmilch.

Einige Zeit später ein Klystier von 10 cm³ Kuhmilch. Geringe Reaktion, einige dünne Stühle.

3 g chemisch reines Kuhmilchkasein in 50 cm³ Wasser per os, eine Stunde danach heftiges Erbrechen, Temperatur 38·6. 8 Stühle, Gewichtssturz. Urin: Eiweiß und Zucker +.

Die gleiche Menge Frauenmilchkasein wurde reaktionslos vertragen.

Enteiweißte Kuhmilchmolke, auch andere Molkenbestandteile, Ziegenmilchkasein, Butter riefen keine Reaktion hervor.

Birk (Kiel).

Finkelstein. *Zur diätetischen Behandlung des Säuglings- und Kinderekzems.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, H. 1, S. 1.)

Finkelstein wendet sich gegen den Schematismus in der Diätetik des Säuglingsekzems.

Bei solchen Kindern, bei denen der Entstehung des Ausschlags eine überreichliche Ernährung vorausgegangen ist, wirkt die Kostbeschränkung ohne Zweifel sehr günstig. Das trifft aber nicht zu bei all den Kindern, die unter vollkommen richtiger, sowohl qualitativ wie quantitativ einwandfreier Ernährung Ekzeme akquirieren. Wenn wirklich bei ihnen im Anschluß an extreme Kostbeschränkungen sich Besserungen zeigen, so muß man stets im Auge behalten, daß zahlreiche Ekzeme spontane Heilungen aufweisen; die Mehrzahl solcher Kinder wird jedenfalls durch die knappe Diät nicht beeinflußt. Durch Überernährung allerdings wird bei ihnen das Ekzem meist verschlimmert. Besserung sah er häufig durch Buttermilch.

Eine andere Gruppe von Ekzemkindern sind körperlich schlecht gedeihende; sei es, daß sie von Geburt an auf Grund konstitutioneller Eigenheiten mangelhaft gedeihen, sei es, daß sie anfangs gut zunehmen und erst im Verlauf des Ekzems durch alimentäre oder infektiöse Faktoren reduziert werden. Bei den konstitutionell minderwertigen Kindern gelingt es nach seinen Erfahrungen, das Ekzem zum Verschwinden zu bringen, wenn man durch irgend welche diätetischen Maßnahmen die körperliche Entwicklung günstig beeinflußt,

also durch Zulage von Nutrose oder Buttermilch Zunahmen herbeiführt. Es steht fest, was ja auch bereits von anderer Seite bestätigt worden ist, daß unter gewissen Verhältnissen das Ekzem beziehungsweise die exsudative Diathese durch Unterernährung verschlimmert, durch reichlichere Ernährung aber gebessert beziehungsweise geheilt wird.

Ebenfalls kontraindiziert ist eine Kostbeschränkung bei den Kindern, bei denen neben dem Ekzem komplizierende Ernährungsstörungen oder Infektionen bestehen, sofern nicht durch die letzteren das Ekzem an sich schon günstig beeinflußt worden ist, was aber keineswegs immer der Fall ist.

Maßgebend ist nach seiner Meinung nicht nur die „Richtigstellung" der Nahrung in quantitativer Hinsicht, sondern auch in qualitativer Richtung. Und deshalb „wäre es wünschenswert, wenn unsere Lehrbücher mit mehr Nachdruck, als jetzt üblich, betonen würden, daß der Nutzen der knappen Ernährung nur auf einen Teil der Ekzematiker beschränkt ist, und daß die Verallgemeinerung dieser Methode unstatthaft, nutzlos und unter Umständen nachteilig ist". Birk (Kiel).

Milchwissenschaft und Molkereipraxis.

H. Davidson. *Neue Methode zur Unterscheidung von Frauenmilch und Kuhmilch, zugleich ein Beitrag zum Studium des lipolytischen Milchfermentes.* (A. d. Waisenhaus d. Stadt Berlin.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, H. 1, S. 14.)

Fügt man zu einigen Kubikzentimetern Milch 1 bis 2 Tropfen Tributyrin hinzu, so tritt nach dem Umschütteln innerhalb weniger Minuten der charakteristische saure, stechende Geruch der abgespaltenen Buttersäure ein, wenn es sich um Frauenmilch handelt, während bei der Kuhmilch auch nach 24 Stunden kaum eine Andeutung dieses Geruches zu konstatieren ist.

Der Buttersäuregeruch kann in der Regel bereits nach etwa 2 Minuten wahrgenommen werden. Da er durch die Wirksamkeit eines Fermentes entsteht, so ist es begreiflich, daß er sich mit der Zeit verstärkt und durch eine Erwärmung der Milch auf 37° begünstigt wird.

Durch die Methode läßt sich aber nur Frauenmilch oder Kuhmilch unterscheiden, nicht Verfälschungen der einen mit der andern.

Birk (Kiel).

Schroeder. *An experiment with raw and heated cow's milk and its lesson, with comments on bacillus abortus.* (Untersuchungen über rohe und erhitzte Kuhmilch, mit Bemerkungen über den Bac. abortus.) (Americ. Journ. Dis., Children, November 1913.)

Experimente an Meerschweinchen bewiesen, daß die Fütterung mit artfremder Milch auch diesen Tieren schädlich ist, aber am

wenigsten nach Kochen der Milch. Bei Ernährung mit roher auch nur pasteurisierter Milch war die Sterblichkeit höher und die Gewichtszunahme geringer. Hier spielt die Abtötung pathogener Keime gewiß eine Rolle, während die etwas schwerere Verdaulichkeit gekochter Milch in den Hintergrund tritt.

Wachenheim (New York).

Lewis. *The cell content of milk.* (Zelleninhalt der Milch.) (Americ. Journ. Dis. Children, Oktober 1913.)

Klumpenhaftes Vorkommen von polynukleären oder eosinophilen Leukozyten deuten auf Krankheit der betreffenden Kuh, dies wird durch gleichzeitigen Befund von langen Streptokokkenketten bestätigt, obgleich letztere nicht immer gefunden werden.

Wachenheim (New York).

Ylppö (Helsingfors). *Der isoelektrische Punkt des Menschen-, Kuh-, Ziegen-, Hunde- und Meerschweinchenmilchkaseins.* (A. d. Kais.-Augusta-Viktoria-Haus und d. Urban-Krankenhaus Berlin.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 224.)

Der isoelektrische Punkt eines Eiweißkörpers ist, wie vorausgeschickt sein mag, diejenige Wasserstoffionenkonzentration, bei der das Eiweiß isoelektrisch ist, d. h. die elektrische Ladung gleich Null ist, und das Eiweiß bei kataphoretischen Überführungsversuchen weder anodisch noch kathodisch wandert.

Wenn nun das Frauenmilchkasein sich beim Ausfällen aus der Milch ganz anders verhält als das Kuhmilchkasein, so kann das auf der Verschiedenheit des Frauenmilchkaseins selbst oder auf Milieuverschiedenheiten oder auch auf beiden beruhen. Dem suchte der Verf. durch die Bestimmung des isoelektrischen Punktes der oben genannten Kaseinarten näher zu treten.

Er fand, daß der isoelektrische Punkt des Ziegenmilch- und Ziegenkolostrumkaseins, des Hundemilchkaseins, wahrscheinlich auch des Meerschweinchenkaseins zusammenfällt mit dem des Kuhmilchkaseins. Alle diese Kaseine zeigen eine ganz gleiche Asymmetrie der Flockungsreihen nach rechts. Das Frauenmilchkasein dagegen zeigt eine Asymmetrie nach links, was darauf hindeutet, daß es im Vergleich zu den anderen einen stärkeren Säurecharakter haben muß.

Birk (Kiel).

Brady. *The preparation of albumin milk in the home.* (Die Zubereitung der Eiweißmilch zu Hause.) Journ. Americ. Med. Assoc., 15. November 1913..)

Verf. fügt der gewöhnlichen Methodik gewisse Verbesserungen hinzu. Das Kaseingerinnsel läßt er eine Stunde in kaltem Wasser abkühlen und verreibt es darauf mit der Buttermilch, statt es durch das Sieb in dieselbe fallen zu lassen. Die Verreibung bietet zumeist bei der ganzen Prozedur die größte Schwierigkeit.

Wachenheim (New York).

Jordan. *The municipal regulation of milk-supply.* (Städtische Regulierung der Milchversorgung.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 26. Dezember 1913.)

Eine Untersuchung der Verhältnisse in 229 Städten der Union von über 25.000 Einwohnern. Über drei Viertel derselben erfreuen sich gegenwärtig einer mehr minder gründlichen Milchaufsicht, wenngleich die musterhaften Vorschriften nebst ihrer konsequenten Ausführung von der Stadt New York noch lange nicht als Regel gelten können. Verf. diskutiert speziell die Verfassungsgemäßheit der verschiedenen Vorschriften, die von den Gerichtshöfen fast immer unterstützt werden. Allzu große Sparsamkeit der Stadtbehörden scheint gegenwärtig das schwerste Hindernis weiterer Ausbildung zu sein. Wachenheim (New York).

Synnott. *The public and professional confidence in certified milk etc.* (Das Vertrauen in die Bescheinigung der Milch.) (Arch. of Ped., Oktober 1913.)

Verf. notiert die erschwerenden Umstände, so die gelegentliche Fahrlässigkeit der lokalen ärztlichen Milchausschüsse und die oft vorkommende Vertrauensunwürdigkeit selbst der größeren Milchhändler. Verf. bemerkt nicht, daß erstere eine Anomalie von höchstens vorübergehendem Wert bilden; das Gesundheitsamt sollte die ganze Angelegenheit übernehmen. In bezug auf die unzuverlässigen Händler hat sich herausgestellt, daß nur schwere Geld- respektive Gefängnisstrafen etwas fruchten. Die hier angeratenen Vorschläge sind schon veraltet. Wachenheim (New York).

Stoffwechsel.

O. Herbst. *Kalzium und Phosphor beim Wachstum am Ende der Kindheit.* (A. d. Gr. Friedrichs-Waisenhaus Berlin-Rummelsburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, H. 3/4, S. 161, Heubner-Festschr.)

Die Versuche bilden die Fortsetzung und Ergänzung früherer Untersuchungen, über die der Verf. im Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 76, Ergänzungsheft, berichtet hat. Bereits in jenen früheren Versuchen hatte er die Retention des Phosphors und Kalkes und ihre Beziehungen zum Wachstum studiert. Beides war aber damals so reichlich zugeführt worden, daß angenommen werden mußte, ein Teil des Retinierten sei in einer Form im Körper zurückbehalten worden, die mit dem Wachstum nichts zu tun habe. Um dies zu vermeiden, gab er in diesen neuen Versuchen nur die theoretisch notwendigen Mengen von Kalzium und Phosphor und außerdem ließ er die Versuchskinder so starke Arbeitsleistungen vollbringen, daß ein Ansatz unwahrscheinlich war.

Er benutzte zu den Versuchen 2 Knaben von etwa 14 Jahren und etwa 36, beziehungsweise 45 kg Körpergewicht. In einer ersten (Arbeits-)Periode wurden 6 Tage lang größere Fußmärsche von etwa 20 km unternommen, während in einer folgenden Periode die Kinder in gewohnter Weise lebten.

Die Ergebnisse der Untersuchung waren folgende:

Es zeigte sich, daß der Kalkassimilationsprozeß im wachsenden Knochen selbständig und unabhängig von anderen Stoffwechselvorgängen im Körper verläuft. Es zeigte sich ferner, daß ein Knabe, der sich in dem besonders starken Wachstumsstadium der Pubertät befand, einen höheren Kalkbedarf hatte als ein zweiter, der zurzeit weniger stark wuchs. Der erstere, der in $3^1/_4$ Monaten 3 cm an Länge und in 4 Monaten $3^3/_4$ kg an Masse zugenommen hatte, wies eine Kalkretention von täglich 0·4543 g CaO (= jährlich 165·8 g) auf. Der zweite Junge zeigte nicht ganz das durchschnittliche Wachstum seines Lebensjahres, nämlich nur 0·8 cm in $2^1/_3$ Monaten (ungefähr dem 13. Lebensjahr entsprechend). Er wies auch nur eine durchschnittliche tägliche Kalkretention von 0·2172 g CaO (= jährlich 79·5 g) auf.

Die Phosphorsäureretention war beim reinen Wachstum im wesentlichen vom Verhalten des Kalkes bestimmt. Doch scheint es, nach den Versuchen des Verf., daß immer noch etwas mehr, als sich berechnen läßt, retiniert wird. Birk (Kiel).

Kaminer und **Mayerhofer.** *Über den klinischen Wert der Bestimmung des anorganischen Phosphors im Harne unnatürlich ernährter Säuglinge.* (A. d. Kinderklinik und d. Kaiser-Franz-Josef-Spital in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 24.)

Die anorganischen Phosphate steigen im Harne des künstlich genährten Säuglings bei Verdauungsstörungen aus enteralen Ursachen, parenteralen Ernährungsstörungen, bei Erhöhung der Konzentration der künstlichen Nahrung, und zwar beim Übergang von der Teediät zu irgend einer künstlichen Nahrung, bei Verstärkung der Kuhmilchkonzentration, bei Zuckerzusatz und bei Mehlzusatz, ferner beim Übergang von Frauenmilch zu einer Kuhmilchmischung.

Diese Differenzen finden ihren Ausdruck nicht allein in der 24stündigen Harnmenge, sondern auch in größeren oder kleineren Teilportionen. Birk (Kiel).

Rietschel. *Inanition und Zuckerausscheidung im Säuglingsalter.* (A. d. städt. Säuglingsheim in Dresden.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, S. 282, Heubner-Festschr.)

Der Verf. berichtet über einige neue Versuche, Inanition und Zuckerausscheidung im Säuglingsalter in kausale Beziehungen zueinander zu bringen, und erörtert im Anschluß daran einige verwandte Fragen sowie die analogen Verhältnisse beim Erwachsenen.

Birk (Kiel).

Hymanson. *Metabolism studies of amaurotic family idiocy.* (Stoffwechseluntersuchungen bei amaurotischer familiärer Idiotie.) (Arch. of Ped., November 1913.)

Diese Untersuchungen geben über das Wesen der Krankheit keine Aufschlüsse. Wachenheim (New York).

Neugeborene.

Heller. *Die Albuminurie neugeborener Kinder.* (A. d. Kais.-Augusta-Viktoria-Haus zu Charlottenburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, S. 303.)

Die Anwesenheit des durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörpers wurde in allen Fällen wenigstens einmal festgestellt. Neben dem Essigsäurekörper wurde bei 29 Kindern auch noch die Anwesenheit von anderem Eiweiß erwiesen. Das sind 93·5%; nur bei 2 Kindern war lediglich der Essigsäurekörper vorhanden. Die Albuminurie wurde nur in den ersten 8 Tagen festgestellt. Nach dieser Zeit ließ sich in keinem einzigen Falle mehr Eiweiß nachweisen. Am häufigsten wurde das Vorkommen von Eiweiß in den ersten 4 Tagen beobachtet.

Das Wichtigste — die Untersuchung des Urinsedimentes bei der Albuminurie — fehlt. Birk (Kiel).

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.

Jos. Koch. *Untersuchungen über die Lokalisation der Bakterien, die Veränderungen des Knochenmarks und der Knochen bei Infektionskrankheiten im ersten Wachstumsalter.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, LI, S. 289.)

Während die Bedeutung der Milz für die Vernichtung der im Blut kreisenden Bakterien längst bekannt ist, lassen die Kenntnisse über die Beteiligung des Knochenmarks an den hämatogenen Infektionen noch viel zu wünschen übrig. Die Knochenmarksveränderungen bei infektiösen Prozessen können mit den regelmäßigen Milzschwellungen in Parallele gesetzt werden. Nun ist das kindliche Knochenmark durch Entzündungen und Schädigungen bakterieller Natur in weit höherem Grade verwundbar und für die Ansiedlung der pathogenen Keime geeigneter als das des erwachsenen Organismus. In einzelnen Abschnitten des Knochenmarkes siedeln sich die Bakterien mit Vorliebe an; Beispiele dafür sind die Osteochondritis syphilitica, die Osteomyelitis acuta und die kindliche Knochen-

tuberkulose. An diesen Prädilektionsstellen lassen sich außer den Bakterien auch histologische Veränderungen, besonders an der Knochenknorpelgrenze nachweisen, welche der Verf. mit den Frühstadien des rachitischen Prozesses in Zusammenhang bringt.

Tierexperimente an jungen Kaninchen, die sich noch im lebhaften Knochenwachstum befanden, führten zu dem Resultat, daß während einer mit pathogenen Mikroorganismen hervorgerufenen Allgemeininfektion eine besonders reichliche Ansiedlung und Vermehrung der Bakterien im Knochenmark stattfindet. Die Bazillen sind besonders im Metaphysenmark lokalisiert. Als Prädilektionsorte für die Lokalisation ließen sich die primären Markräume der Knochenknorpelgrenze, die großen Bluträume der Venen des Metaphysenmarkes und das periostale Gewebe nachweisen. Unter den pathologischen Veränderungen, die das jugendliche Knochensystem bei Infektionen verschiedener Ätiologie erleidet, ist die Schädigung der Knochenknorpelgrenze die wichtigste. Durch Einschmelzung von Knochensubstanz nimmt die Markhöhle an Größe zu, der Breitendurchmesser des Knorpels und des Periosts wird durch die lebhafte Wucherung ihrer Zellen größer, die eigentliche Knorpelwucherungszone durch Abbau von Zellen dagegen schmäler. Das ist das wesentliche Ergebnis der vom Verf. ausgeführten Tierversuche.

Keller (Berlin).

Richardson. *The hospital management of contagious diseases.* (Die Versorgung ansteckender Krankheiten.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 22. November 1913.)

Verf. bespricht das individuelle Absperrungssystem nach dem französischen Muster. Bei eigenen Versuchen im Providence(R. I.)-City-Hospital will er ausgezeichnete Resultate erzielt haben, doch fanden 43 Ansteckungen statt. Außerdem werden die Verwaltungs- und Pflegeschwierigkeit kaum genügend gewürdigt.

Wachenheim (New York).

Meyer. *Zur Infektionsverhütung im Säuglingsspital.* (A. d. Waisenh. d. Stadt Berlin.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, H. 3/4, S. 233, Heubner-Festschr.)

Die Ungunst der Verhältnisse schafft im Waisenhaus der Stadt Berlin, wie aus dieser Arbeit hervorgeht, sehr unangenehme Zustände. Mit Erstaunen liest man — wenn man das Glück hat, unter angenehmeren Verhältnissen zu arbeiten — welch enorme Bedeutung die endemischen Grippeerkrankungen für die Morbidität und Mortalität der Anstaltsinsassen gewinnen können: „Ein Kind, das sich länger als einen Monat im Spital aufhält, hat die Aussicht, eine Affektion der Luftwege zu erwerben. Bei einem Spitalsaufenthalte von über 100 Tagen macht ein Individuum durchschnittlich 3 solcher Infektionen durch.“ 419 Kinder wurden grippekrank aufgenommen und von diesen wurden, sei es direkt, sei es indirekt durch Mittelspersonen, 815 Kinder mit Grippe infiziert. Mit anderen

Worten: Jede Erkrankung der oberen Luftwege, die ins Haus eingeliefert wurde, hatte zwei weitere derartige Erkrankungen zur Folge.

Zur Bekämpfung dieser Infektionen schuf der Verf. gewisse Vorkehrungen, durch die er einmal eine Dämpfung der Ventilation und zweitens eine individuelle Isolierung jedes Kindes zu erzielen suchte: die Dämpfung der Luftzuströmung wurde nach dem Vorgange Lesages durch ständigen Verschluß der Fenster und das Anbringen einer fein perforierten Glasscheibe an einem oder zwei Fensterquadraten erreicht. Zwecks noch intensiverer Abschwächung des Luftstromes passierte die Luft nach ihrem Einströmen durch das Fenster ein großes im Holzgestell aufgestelltes Gazefilter, das der Größe der Saalfenster entsprach. Auch die durch Öffnen der Türen entstehende Zugluft wurde nach Möglichkeit beseitigt. Das zweite Moment, die Isolierung der Kinder, geschah in Boxen, die nach dem Mittelgang hin frei waren, während die Seitenwände eine Höhe von 2·50 m erreichten. Diese Wände bestanden aus auf Holzrahmen gespanntem Mull. Späterhin wurde, da die Wände das Zimmer allzusehr verdunkelten, in jede ein Glasfenster eingefügt. Die Untersuchung dieser Mullwände auf Bakterien ergab, daß in Höhe des Kopfes des Kindes die höchste Keimzahl gefunden wurde.

Keimzahl in 10 cm² Mull in 1·06 cm Höhe

	bei Gesunden	bei Hustenden
1. Tag	987	1040
2. Tag	840	6080
3. Tag	3920	6560

Allerdings standen, wie aus den Abbildungen ersichtlich ist, die Betten unmittelbar neben der betreffenden Mullwand. (Es wäre interessant, zu hören, wie sich der Keimgehalt der zweiten, dem Bette entfernter stehenden Wand verhalten hat, namentlich mit Rücksicht auf die Frage der Bakterienausstreuung durch Husten, Niesen usw.) Außer diesen Vollboxen wurden nach Kopfboxen verwendet.

Durch solche Vorkehrungen wurde die Infektionsverhütung in der Tat erreicht. Sehr überzeugende Kurven demonstrieren das. Rezidivierende Katarrhe der oberen Luftwege nahmen durch die Absonderung der Kinder in den Boxen ein rasches Ende. Ähnlich war es bei Masern, Pertussis, Diphtherie. Nur Varizellen ließen sich nicht verhüten, wie übrigens auch Lesage angibt. Eklatant waren ferner die Unterschiede in den Ernährungserfolgen der in Boxen gehaltenen Kinder gegenüber denjenigen auf den übrigen Stationen.

Die erste Frage, die sich dem Leser aufdrängt, ist vor allem die, ob diese Neuerungen nur eine lokale oder ob sie auch eine allgemeine Bedeutung für alle Kinderhospitäler haben. Das letztere ist wohl zweifellos nicht der Fall. Denn ebenso wie die Infektiosität des Spitalsmilieus nicht überall in demselben hohen Maße besteht, bildet auch die Nutzanwendung dieser Ergebnisse des Verf. unseres Erachtens zunächst noch keine Verpflichtung für andere Kliniken.

Um so weniger, als sich dieselben guten Erfolge auch mit anderen Mitteln erzielen lassen, sogar, wenn man sich auf den entgegengesetzten Standpunkt stellt und die Sanierung des Säuglingshospitals unter dem Gesichtspunkt durchführt, daß die Infektion nicht von Kind zu Kind, sondern vom Erwachsenen auf das Kind erfolgt.

Auch noch andere Einwände wird man dem Verf. machen: Wer einmal den günstigen Einfluß der bewegten Luft, namentlich der Freiluft, auf die Säuglingsgrippe kennen gelernt hat, der wird sich hüten, zur „Dämpfung der Ventilation" überzugehen. Und wer den Hospitalismus mit der Monotonie des Spitals erklärt, der wird wahrscheinlich entsetzt sein über die Rückkehr zur bewußten Abschließung und Vereinsamung des Kindes.

Anderseits wird man sich den so außerordentlich augenfälligen Erfolgen des Verf. unmöglich verschließen können. Namentlich da, wo man mit ähnlichen ungünstigen Verhältnissen zu tun hat, wird man wohl nicht umhin können, sich seine Erfahrungen zunutze zu machen und sie nachzuprüfen. Mit dem Endurteil wird man zurückhalten müssen, bis mehr Erfahrungen vorliegen, bis sich vor allem herausgestellt hat, wie sich diese zweite, verbesserte Auflage des Boxensystems auf die Dauer bewährt, wenn der Reiz der Neuheit geschwunden und mit ihm die Sorgfalt des Pflegepersonals wieder auf das physiologische Durchschnittsmaß herabgesunken ist.

Birk (Kiel).

Schabad. *Anomales Scharlachexanthem.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXII, S. 79.)

Von den beiden Komponenten des Scharlachexanthems, der Rötung und Follikelschwellung, fand Schabad in 3 Fällen nur die letztere: eine chagrinierte Beschaffenheit der Haut. Bei 2 dieser Fälle wurde sie erst viel später (7 und 12 Tage nach Beginn der Erkrankung) bemerkt, als dem Auftreten des normalen Exanthems entsprochen hätte, vielleicht handelte es sich aber nur um ein anfängliches Übersehen. Bei allen Patienten trat später Schuppung auf. Schabad spricht die Vermutung aus, daß vielleicht der „Scharlach ohne Exanthem" manchmal diese Hautbeschaffenheit besitzen könnte.

Thorspecken.

Sörensen (Kopenhagen). *Über konservativ behandelte periaurikuläre, subperiostale Abszesse bei Scharlach.* (Ther. Monatsh., August 1913, S. 568.)

Die Abszesse (57) waren meist retroaurikuläre und mastoidale, von einer Eiterung im Warzenfortsatze ausgegangen. Für die supra- und anteaurikulären Abszesse mit anscheinend intaktem Warzenfortsatze ist eine Fortpflanzung von der Paukenhöhle anzunehmen. Die Behandlung bestand in Inzision bis zum Knochen, eventuell Wegschabung morscher Knochenteile und Drainage. Die Antrotympanitis wurde mit Spülungen und Einträufelungen von schwachen

antiseptischen Lösungen und Verband mit hydrophilen Stoffen behandelt.

Von den 52 auf diese Weise konservativ behandelten Kranken mit 57 Abszessen starb keiner, obwohl die betreffenden Scharlachfälle sehr schwer waren und außer dem Ohrenleiden verschiedene andere Komplikationen darboten. 22 Kinder zeigten bei ihrer Entlassung Wunden und Ohrenfluß geheilt, 24 Kinder geheilte Wunden bei noch spärlicher oder mäßiger Otorrhöe, oder diese war geheilt, oder es bestand noch eine Fistel; nur bei 6 Kindern waren noch größere Wunden oder reichlicher Ohrenfluß vorhanden. Die Dauer der Behandlung betrug in den meisten Fällen zirka 1 Monat.

Zuppinger (Wien).

W. Klimenko. *Hämorrhagien bei Scharlach.* (Institut f. exper. Med. u. Nikolaus-Kinderkrankenh., St. Petersburg.) (Russky Wratsch, 1913, Nr. 18.)

Der Arbeit des Verf. liegen 83 während des letzten Jahrhunderts in der Literatur veröffentlichte Fälle zugrunde und 10 selbstbeobachtete Fälle unter 1600 im Laufe der letzten 4 Jahre im Nikolaus-Krankenhause zu St. Petersburg behandelten Scharlachkranken. Die Hämorrhagien waren 44 mal arteriell, 27 mal venös, 11 mal kapillar, 6 mal arteriell-venös, 1 mal Aortenblutung. Die Ursache der Blutungen bildet meist eine Gefäßarrosion in der Höhle eines eitrigen oder gangränösen Herdes. Außerdem spielen die pathologischen Alterationen der Gefäßwand (Degeneration der glatten Muskulatur, der elastischen Fasern, stellenweise aber auch Nekrose) eine Rolle; von Einfluß ist auch die Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des erkrankten Organismus und der Grad der Virulenz der Erreger der Eiterung oder der Gangrän. Als begünstigendes Moment für das Zustandekommen der Hämorrhagien kommen die anatomische Lage des Gefäßes und das Ansteigen des Blutdruckes bei Vorhandensein der oben erwähnten Alterationen der Gefäßwandungen in Betracht. Unter den Kranken überwiegen die Knaben. Im Laufe der ersten Krankheitswoche wurden Hämorrhagien nicht beobachtet; während der 2. Woche 13, während der 3. 23, während der 4. 12 Fälle; spätestens traten die Blutungen im Laufe der 10. Woche der Scharlacherkrankung auf. Die Blutung setzt meist plötzlich ein, wiederholt sich 2 oder auch mehrmals. Der Mehrzahl nach ist der Sitz der Blutung am Halse, in eitrigen oder gangränösen Herden in entzündeten Lymphdrüsen des Halses. An 2. Stelle stehen die Blutungen aus Mund und Nase; weiterhin kommen Ohrenblutungen; an 4. Stelle kommen Magendarmblutungen.

Die Mortalität ist 86·87%. Behandlung der Blutungen: bei parenchymatöser Blutung Tamponade, bei venöser Tamponade und Ligatur, bei arteriellen Blutungen Ligatur. In prophylaktischer Hinsicht ist möglichst frühzeitige Inzision der eitrigen Lymphadenitiden von Wichtigkeit. M. Rudnew (St. Petersburg).

A. Selinoff. *Das Herz, die Ganglien desselben und der Plexus solaris bei Scharlach.* (A. d. Institut f. exper. Med. und städt. Kinderkrankenh. z. Gedächtnis an die Kaiserkrönung zu St. Petersburg.) (Russky Wratsch, 1913, Nr. 18.)

Der Verf. untersuchte 12 Leichen an Scharlach verstorbener Kinder. 6 von denselben starben am 2. respektive 3. und 4. Krankheitstage, 6 am 14. bis 26. Krankheitstage. Das Alter der Verstorbenen war 2 bis 9 Jahre. Die Sektion erfolgte nicht später als nach Verlauf von 24 Stunden nach dem Tode. Die Schlußsätze des Verf. lauten: Der Herzmuskel erleidet bei Scharlach eine parenchymatöse (albuminoide) Degeneration. Im Herzmuskel finden sich Extravasate selbst in Fällen reinen Scharlachs (im Laufe der ersten 2 bis 4 Tage). Streptokokkenemboli wurden in den Kapillaren in allen Fällen der 2. Gruppe vorgefunden. In den Ganglienzellen sind die Alterationen ausgeprägter als im Herzmuskel: es wurde in denselben Zerfall der chromatophilen Substanz, Vakuolenbildung und selbst nekrotische Alteration festgestellt. Entzündliche Infiltration des Bindegerüstes der Ganglien tritt schon im Laufe der ersten Tage auf. Gleichartige Veränderungen wurden auch in den Zellen des Plexus solaris festgestellt, doch waren sie in der 2. Gruppe der Fälle ausgeprägter.

M. Rudnew (St. Petersburg).

Isabolinsky Legeiko. *Zur Frage über die Komplementbindungsreaktion bei Scharlach.* (Zentralbl. f. Bakt., Bd. LXXI, S. 520.)

In 50% der untersuchten Scharlachfälle, meist handelte es sich um leichtere Formen, fand sich zwischen dem 3. und zirka 15. bis 20. Krankheitstag eine Hemmung der Hämolyse beim Komplementbindungsversuche, freilich meist erst bei ziemlich beträchtlichen Antigenmengen. Die Reaktion bei Scharlach ist nicht spezifisch; sie beruht sicher nicht auf einer antikomplementären Wirkung der verwendeten Antigene. Lehndorff (Wien).

Bornemann. *Das neue Diphtherieschutzmittel von Behrings.* (Ther. Monatsh., Oktober 1913, S. 757.)

Kritische Besprechung dieses neuen Diphtherieschutzmittels, das aus einer Mischung von Diphtherietoxin und -antitoxin besteht, als Prophylaktikum und zur Behandlung von Bazillenträgern, ohne eigene Erfahrungen hierüber bekanntzugeben.

Zuppinger (Wien).

Harriehausen und **Wirth.** *Toxinbefunde im Blut diphtheriekranker Kinder.* (A. d. Kinderklinik d. Charité, Prof. Heubner.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, S. 132, Heubner-Festschr.)

Die Fragestellung lautete: läßt sich im Blute diphtheriekranker Kinder Diphtherietoxin nachweisen und wie lange ist das der Fall? Die Untersuchungen geschahen mit Hilfe der von Römer-Marburg angegebenen Methode des Nachweises sehr kleiner Toxin-

mengen durch intrakutane Injektion an Meerschweinchen und wurden an 12 Kindern vorgenommen.

Der Nachweis des Toxins gelang leicht, auch Antitoxin konnte bei gleichzeitiger Anwesenheit von Toxin im Blute nachgewiesen werden. Bei denjenigen Kindern, bei denen schon vor der Injektion von Diphtherieserum eine aktive Immunisierung nachgewiesen werden konnte und bei denen nach erfolgter Injektion das Toxin schnell verschwand, gestaltete sich der Verlauf der Erkrankung leicht. Irgend welche Beziehungen zwischen der Höhe des injizierten Serums und der Abnahme des Toxins ließen sich nicht feststellen. Wo freies Toxin ohne Antitoxin gefunden wurde, war die Prognose noch keineswegs zweifelhaft. Auffallend lange waren Toxine bei den Kindern nachzuweisen, die sehr große Serummengen (16000 Einheiten) erhalten hatten. Vielleicht, so nehmen die Verff. an, war im Verlaufe der Erkrankung in diesen Fällen der Nachschub von Toxin sehr reichlich, eine Annahme, die den Gebrauch großer Serumdosen rechtfertigen könnte.

Bemerkenswerterweise gaben von den Kontrollfällen 1 Fall von Varizellen und 1 von Meningitis epidemica eine positive Reaktion.

Birk (Kiel).

F. S. Freund. *Erfahrungen mit Yatren puriss. zur Unterstützung der Diphtheriebehandlung.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 48, S. 2341.)

Verf. sah in 80 Fällen sehr gute Wirkung von Yatren (zur Einstäubung der Beläge und auch intern angewandt), empfiehlt das Mittel auch als Prophylaktikum und gegen Streptokokkenanginen. Es hat günstige Einwirkung auf die Nieren und erzeugt nur mitunter starke Durchfälle. Nagel-Hoffmann.

W. Kausch. *Über die Behandlung der Diphtherie mit intravenöser Seruminjektion und Yatren.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 48, S. 2343.)

Kausch hat in einer schweren Diphtherieepidemie nur jeden zweiten Fall gespritzt und durch den sehr ungünstigen Verlauf der nicht gespritzten Fälle den Wert der Serumbehandlung klar nachgewiesen. In ähnlichen Paralleluntersuchungen erwies er die Überlegenheit der intravenösen Injektionen, die er besonders für Spätfälle fordert. Unter gleichzeitiger Anwendung von Yatren (innerlich) verliefen die Fälle schneller und leichter. Er empfiehlt das Mittel besonders auch als Prophylaktikum. Nagel-Hoffmann.

K. Kissling (Hamburg-Eppendorf). *Fünfte Mitteilung über v. Behrings Diphtherie-Vakzin.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 51, S. 2500.)

Verf. hat 310 Personen mit M. M. I in 5facher Verdünnung intrakutan gespritzt, teils nur 1mal, teils 2mal. Die einmalige In-

jektion gewährt keinen völligen Schutz, aber die Infektionen verlaufen sehr leicht. Die Impfung versagt bei Fieber oder intrakurrenten Erkrankungen. Es wurden oft Temperatursteigerungen beobachtet, aber nie Schädigungen. Nagel-Hoffmann.

B. Hahn und **F. Sommer** (Magdeburg-Sudenburg). *Praktische Erfahrungen mit dem Behringschen Schutzmittel gegen Diphtherie.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 1, S. 13.)

Verff. haben bei 5 Epidemien und 1 Endemie in der Praxis 633 Kinder mit Behrings Vakzin immunisiert. Sie wählten die intrakutane Methode, weil nur bei dieser die Stärke der Lokalreaktion einen sicheren Schluß auf die Antikörperproduktion gestattet. Erhebliche Nebenwirkungen wurden nie dabei beobachtet. Unter den immunisierten Kindern kamen nur 2 Erkrankungen vor, davon eine ganz abortive und eine mit negativem Bazillenbefund. Selbst in den ersten 10 Tagen nach der Impfung verliefen einige Erkrankungen auffallend leicht. Eine negative Phase besteht also nicht.

Nagel-Hoffmann.

Womer. *Results of staphylococcus spray treatment in 42 cases of diphtheria carriers.* (Ergebnisse des Staphylokokkensprays bei 42 Diphtheriebazillenträgern.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 27. Dezember 1913.)

Obgleich die Behandlung harmlos verlief, war andrerseits keine nennenswerte Abkürzung der Quarantäne zu verzeichnen. Die Behandlung scheint also verlorene Mühe zu sein, besonders da die Trägergefahr sehr selten 60 Tage überschreitet und die Spraymethode nicht selten einen gleichen Zeitraum erfordert.

Wachenheim (New York).

W. H. Leede. *Die Hemiplegia postdiphtherica.* (A. d. allg. Krankenhaus Hamburg-Eppendorf, III. med. Abt. Dr. Reiche.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 88.)

Unter 6300 Diphtheriekranken fanden sich 4 Fälle der genannten Erkrankung, davon 2 bei Kindern. 3 verliefen letal.

Der Ablauf der Erkrankung war meist so, daß im Anschluß an eine schwere oder mittelschwere Diphtherie erst Herzerscheinungen auftraten, die eine auffallend starke Stauungsleber mit sich führten, und daß dann plötzlich eine Lähmung der einen Körperhälfte und des Fazialis erfolgte. Die Reflexe auf der befallenen Seite waren in einem Falle aufgehoben, in einem andern herabgesetzt, sonst gesteigert. Die klinische Diagnose lautet stets auf Embolie der Art. foss. Silvii. Die Autopsie ergab in einem Falle zahlreiche Thromben im Herzen, in zwei Fällen Gehirnblutungen. In einem Falle dagegen war das Hirn intakt.

Bei dem überlebenden Kinde blieben nach anfänglicher Besserung schwere Folgeerscheinungen zurück: Nachschleppen des Beines,

Athetosebewegungen im Arm und dadurch bedingte Herabsetzung der Funktion.

Derartige Hemiplegien nach Diphtherie hat der Verf. in ganzen 67 gesammelt, von denen 43 auf das erste Lebensjahrzehnt entfallen, 23 allein auf die Zeit vom 6. bis 8. Lebensjahr. Sie zeigen eine Häufung in der 2. und 3. Krankheitswoche der Diphtherie. Es überwiegt die rechtseitige Lähmung, was angeblich — soweit embolische Verschleppungen in Betracht kommen — in den Karotidenursprungsstellen am Aortenbogen begründet sein soll.

Birk (Kiel).

S. Wasserman. *Beitrag zur Therapie des Keuchhustens.* (Ther. Monatsh., Oktober 1913, S. 723.)

Empfehlung von Veronal und Bromural ohne und besonders in Verbindung mit Chinin. Zuppinger (Wien).

Manicat (Direktor d. Univ.-Kinderklinik in Jassy, Rumänien). *Der Komplementbindungsvorgang bei Keuchhusten.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., B. VII, S. 226, Heubner-Festschr.)

Der Verf. hat auch einen Keuchhustenbazillus („Z"-Bazillus) entdeckt.

Wenn man alle die Mikroorganismen, so schreibt er, die als Keuchhustenerreger entdeckt und vorgeschlagen worden sind, vergleichsweise betrachten will, so muß man anerkennen, daß der Bazillus Z die meisten Spezifizitätsbeweise für sich hat: Die Agglutination fiel (in 28 untersuchten Fällen) stets positiv aus im Verhältnis von $^1/_{60}$ bis $^1/_{200}$ mit verschiedenen Kranken- und Rekonvaleszentenseris. Der Bazillus ist im Keuchhustensputum am häufigsten zu finden, er wurde nur in 6% von mehr als 200 untersuchten Fällen vermißt, während der Bacillus Bordets nur schwer und, wenn die Krankheit noch durch das Sputum ansteckend ist, überhaupt nicht zu finden ist.

Seine Virulenz bei Haustieren ist schwach, die des Bordetschen Bazillus aber sehr stark. Doch hat der Verf. in 3 Fällen bei Schafen einen Husten mit unwillkürlicher Defäkation und Urinlassen hervorrufen können, der dem Keuchhusten der Kinder stark ähnelte.

Die Serotherapie mit einem von Schafen und Pferden, die mit dem Z-Bazillus vorbehandelt waren, gewonnenen Serum hat angeblich gute Resultate geliefert. Von rund 300 Fällen sind 220 glatt in 2 bis 12 Tagen völlig geheilt, 60 einigermaßen gebessert und 20 gar nicht beeinflußt. Hingegen ist die Serotherapie mit anderen Seris, darunter dem Bordetschen, negativ ausgefallen.

Auch über ein sehr eklatantes prophylaktisches Serumexperiment berichtet der Verf.: von 30 Findelkindern im Alter von 4 bis 12 Jahren, die zusammen lebten, wurden bei einer Keuchhustenepidemie 15 präventiv (mit 10 cm^3 Serum) geimpft und 15 nicht. Letztere erkrankten sämtlich, erstere nicht, wenigstens nicht sogleich, sondern erst nach 6 bis 12 Monaten. Birk (Kiel).

J. Ritter (Berlin). *Das Problem des Wesens und der Behandlung des Keuchhustens.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 6, S. 280.)

Ritter verteidigt die Spezifität der von ihm gefundenen Keuchhustenerreger, die auch bei den Rezidiven sich jedesmal finden und durch das Serum Keuchhustenkranker agglutiniert werden. Über die Behandlung sagt er sehr wenig, empfiehlt Narkotika und Freiluftbehandlung. Nagel-Hoffmann.

Cassel (Berlin). *Beitrag zur Heine-Medinschen Krankheit. (Poliomyelitis + Polioencephalitis acuta epidemica).* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 51, S. 2507.)

Neben 3 aus benachbarten Straßen stammenden Fällen von spinaler Kinderlähmung berichtet Verf. über 5 bei Kindern akut entstandene Fazialislähmungen, die er auch zur Heine-Medinschen Krankheit rechnet und deren Prognose sehr schlecht ist.

Nagel-Hoffmann.

F. Göppert. *Der Darm bei foudroyant verlaufender Genickstarre.* (Ein Beitrag zur Lehre vom Status lymphaticus, zur Lehre W. Heubners von den Kapillargiften und zur Erklärung der parenteral bedingten Durchfälle.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, H. 1/2, Heubner-Festschr.)

Wenn Kinder an foudroyanter Genickstarre akut zugrunde gehen, zeigen sie bei der Sektion häufig einen Befund, der nicht nur dem bei Status lymphaticus sehr ähnelt, sondern auch tatsächlich von verschiedenen Autoren als solcher gedeutet worden ist. Wenn man aber sorgfältiger die Befunde mustert, so zeigt es sich, daß sich unter dieser Hyperplasie der lymphoiden Organe doch häufig etwas ganz anderes verbirgt. Das gilt namentlich von den vergrößerten Darmfollikeln, die erhebliche Hyperämien, auch Erscheinungen von Sinusitis aufweisen, also Veränderungen, wie sie ähnlich von W. Heubner bei Tieren, die mit Kapillargiften vergiftet worden waren, beobachtet wurden. Hie und da zeigt sich in charakteristischer Weise, daß die Auflockerung des Gewebes in gar keinem Verhältnis zu der riesigen Gefäßerweiterung steht, so daß man annehmen muß, daß das letztere — die Erweiterung der Kapillaren — etwas Selbständiges ist und keineswegs nur die Rolle einer Teilerscheinung der Entzündung darstellt.

Somit liegt die Annahme nicht fern, daß auch bei der Genickstarre, wenn sie in dieser foudroyanten Weise mehr unter dem Bild einer akuten Vergiftung denn als lokalisierte Gehirnerkrankung verläuft, eine Art Kapillarvergiftung sich vollzieht. Man könnte an eine Kapillarlähmung des Darms denken mit entsprechender Veränderung der Lymphdrüsen, um so mehr, als sich auch auf anderen Schleimhäuten eine solche Kapillarvergiftung nachweisen läßt, z. B. in Gestalt der diffusen Rötung der Schleimhaut des Respirationstraktus, die von den Stimmbändern abwärts bis in die feinsten Bron-

chien hinein nachweisbar ist. Wie geartet das supponierte Gift ist, läßt der Verf. dahingestellt, er erinnert aber an die bekannten Untersuchungen von Schittenhelm und Weichardt über die Wirkung von Anaphylatoxin auf die Darmgefäße.

Hinsichtlich des klinischen Verlaufes der Meningitis cerebrospinalis unterscheidet er demnach folgende Formen: erstens die lokale Erkrankung von Gehirn und Rückenmark. Ferner eine Art der Erkrankung, die mit der lokalen Hirnerkrankung nichts zu tun hat, sondern bei der — wenigstens in einer Reihe von Fällen — ein Gift entsteht, das mit den Kapillargiften große Ähnlichkeit hat. Diese Form der Erkrankung ist jedoch für Genickstarre nicht spezifisch, sondern ist auch bei Scharlach zu beobachten. Die dritte Form endlich ist die foudroyante Meningokokkenvergiftung.

Von diesen Beobachtungen am Darm meningitiskranker Kinder schließt der Verf. auf die bei anderen Infektionen beobachteten pathologischen Erscheinungen von seiten des Magendarmkanals und meint, daß die gleiche Darmveränderung, wie sie bei der Meningitis eintritt, auch bei allen möglichen anderen Infektionskrankheiten durch ein gleiches oder ähnliches Gift hervorgerufen werden könne und bei disponierten Kindern und disponierender Ernährung die parenteralen Durchfälle bedinge. Birk (Kiel).

S. Wolff und **W. Lehmann** (Wiesbaden). *Über einen durch intralumbale und intraventrikulare Aethylhydrokupreïn-Injektionen geheilten Fall von Pneumokokkenmeningitis.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 51, S. 2509.)

Bei einem 8 Monate alten Säugling mit Pneumokokkenmeningitis wurden in 14 Injektionen 1·25 g Äthylhydrokuprein intralumbal, subkutan, zuletzt intraventrikulär gegeben. Es trat völlige Heilung ein. Nagel-Hoffmann.

Acker. *Parotitis complicated with meningitis.* (Meningitis als Komplikation der Parotitis.) (Americ. Journ. Dis. Children, Dezember 1913.)

Verf. berichtet über 2 Fälle, davon verlief einer letal. Die gewöhnliche Annahme, daß es sich bei diesen übrigens recht seltenen Fällen nur um Meningismus und nicht um eine Entzündung der Hirnhaut handle, ist kaum gerechtfertigt; bei dem vorgeführten letalen Falle war echte Meningitis bei der Sektion nachweisbar.
Wachenheim (New York).

Reye (Hamburg). *Über Spondylitis infectiosa.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXII, S. 43.)

Der 6. Brustwirbel war fast vollständig eitrig eingeschmolzen und hatte die rechte Pleura infiziert. Erreger war der Staphylococcus aureus. Der Fall ist bemerkenswert durch den akuten Verlauf und namentlich wegen des Alters des Kindes: $6^1/_2$ Wochen. Reye glaubt,

daß die Infektion durch eine doppelseitige eitrige Mastitis der Mutter, die trotz der Erkrankung das Kind weiter stillte, vermittelt sei.

Thorspecken.

C. Kling. *Om skyddsympning mot varicellae.* (Über Schutzimpfung gegen Varicellae.) (Hygiea, Bd. LXXV, 1913, S. 1032.)

Es gelang dem Verf. während einer Varizellenepidemie auf der Säuglingsstation des „Allmänna Barnhuset" in Stockholm durch Impfung mit dem Inhalt der Varizellenblasen erkrankter Kinder Varicellae auf die gesunden Kinder zu überimpfen. Acht Tage nach der Impfung zeigten sich an dem Platze der Inokulation rote Papeln, die sich am folgenden Tage in typische von einer geröteten Zone umgebene Varizellenblasen umwandelten. Nach 3 bis 4 Tagen trocknet die Blase in gewöhnlicher Weise ein. Diese Varicellae inoculatae lassen sich weiter impfen. Bei der Veröffentlichung der Versuche waren 31 Kinder mit positivem Resultate geimpft worden, die meisten schon seit 6 Wochen. Nur eines von den Geimpften hatte unter dieser Zeit Varicellae bekommen. Die Impfung verlief in den meisten Fällen ohne Fieber oder Allgemeinerscheinungen.

Wernstedt (Stockholm-Malmö).

Winocouroff (Odessa). *Rückfallfieber bei Kindern in Odessa.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, S. 777.)

Thorspecken (Bremen).

Caronia. *Spezifische Agglutinine und Präzipitine bei der infantilen Leishmaniosis.* (Zeitschr. f. Immunitätsf. u. exper. Ther., Bd. XX, H. 1/2, 1913, S. 174.)

Die an Leishmaniosis leidenden Kinder haben gelegentlich wohl Agglutinine und Präzipitine in ihrem Blute, aber in derart geringen Mengen, daß sie für die Diagnose nicht verwertbar sind; injiziert man abgetötete Kulturen, so gelingt es, spezifische Agglutinine und Präzipitine hervorzurufen. Aus dieser Tatsache kann man die Erwartung hegen, daß die Vakzination, indem sie Immunitätsvorgänge beschleunigt oder auslöst, auch bei dieser Krankheit ein wirkungsvolles Heilmittel sein könnte. Lehndorff (Wien).

Tuberkulose.

Medin (Stockholm). *Contribution à la connaissance des voies d'infection de la tuberculose chez les enfants dans leur première année de vie.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, S. 482.)

Aus seinen langjährigen Beobachtungen über die Infektionswege der Säuglingstuberkulose, die Medin hier mitteilt, kommt er

zu dem bestimmten Schluß, daß er niemals einen Fall kindlicher Tuberkulose gesehen habe, der durch den Genuß von Kuhmilch hätte verursacht sein können. Die statistischen und pathologisch anatomischen Daten sind im Original einzusehen.

Thorspecken (Bremen).

H. Koch. *Über Meningitis tuberculosa.* (A. d. Kinderklinik und d. neurol. Institut in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VI, S. 263.)

Umfangreiche Arbeit mit eingehender Historie, zahlreichen Literaturangaben, doch ohne wesentliche neue Ergebnisse.

Birk (Kiel).

Lyons. *Tuberculosis of the genital organs in children.* (Genitaltuberkulose bei Kindern.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 6. Dezember 1913.)

Verf. berichtet über 3 Fälle von Tuberkulose der Samenblase oder Epididymis bei Kindern im 1. und 2. Lebensjahre. Bei allen war Tuberkulose der Eltern konstatierbar. Operation erfolgreich und bei Sicherstellung der Diagnose stets anzuraten.

Wachenheim (New York).

Köppe. *Über die Wirkung des auf den Lymphwegen den Drüsen zugeführten Tuberkulins.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, S. 156, Heubner-Festschr.)

Mitteilung eines bemerkenswerten Falles, den wir hier kurz wiedergeben: ein 4jähriges Kind, das früher in gutem Ernährungszustande war, magerte stark ab und wies multiple, offenbar tuberkulöse Drüsenschwellungen auf. Nach einer zu diagnostischen Zwecken vorgenommenen Pirquetisierung am Arme verkleinerten sich die Drüsen in der entsprechenden Achselhöhle. Nach einer Impfung hinterm Ohr gingen die Drüsen am Sternocleidomastoideus zurück. Damit einher ging eine starke Besserung des Gesamtbefindens des Kindes. Auf Grund dieses Falles wurden noch mehrere Kinder mit ähnlichen Drüsenschwellungen in der gleichen Weise behandelt, in allen Fällen mit promptem Erfolg, der über 3 bis 4 Jahre hin kontrolliert wurde. Birk (Kiel).

Küchenhoff (Berlin-Weißensee). *Über den prognostischen und diagnostischen Wert der kutanen Tuberkulinprüfung im Kindesalter.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 5, S. 229.)

Aus Anlaß der Aufnahme in Ferienkolonien wurden eine Reihe von Schulkindern aus den ärmsten Kreisen mit der Pirquetprobe untersucht. Davon reagierten nur 28% positiv. Auch skrofulöse Kinder zeigten oft eine negative Reaktion. Nagel-Hoffmann.

Syphilis.

Lucas. *Note on the importance of the Wassermann reaction from a prognostic as well as diagnostic standpoint.* (Die Wassermann-Reaktion vom prognostischen und diagnostischen Standpunkte.) (Arch. of Ped., Oktober 1913.)

Verf. unterscheidet 4 Gruppen.:

1. Positiver Wassermann bei Mutter und Kind bedeutet aktive Syphilis bei letzterem;

2. Mutter und Kind negativ, letzteres atrophisch und untergenährt, Vater aber positiv;

3. Mutter positiv, Kind negativ, in diesem Falle Parasyphilis oder Lues hereditaria tarda häufig nachweisbar respektive in Aussicht;

4. Mutter negativ, Kind positiv, letzteres aktiv syphilitisch.

Positiver Ausfall bei beiden gibt die ungünstigste Prognose, die einzige Hoffnung auf Lebensrettung besteht in Brustnahrung des Kindes; bei künstlicher Fütterung ist die Mortalität außerordentlich groß, bei Stillen relativ gering.

Wachenheim (New York).

R. Ledermann. *Lues congenita und Serodiagnostik.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, Nr. 4, S. 176.)

Unspezifische Hemmungen fand Verf. nur in einigen Fällen während oder kurz nach einer Fieberperiode bei Kindern, dagegen häufig bei zunächst symptomlosen Kindern syphilitischer Eltern ein langes Negativbleiben der Wassermannschen Reaktion. Er weist auf die Wichtigkeit der Serodiagnostik und der chronisch intermittierenden Behandlung hin, da bei ungenügend behandelten Kindern nach ihrem 6. Lebensjahr häufig die schwersten Erkrankungen der Augen und des Zentralnervensystems auftreten.

Nagel-Hoffmann.

P. v. Szily. *Prophylaxe des luetischen Abortes und der Säuglingssyphilis.* (Wiener med. Wochenschr., 1913, S. 3226.)

Nachdem die hämatogene Infektion der Frucht von Seite der Mutter bewiesen erscheint, ist als Gegenmaßnahme die intrauterine chemotherapeutische Sterilisation der Frucht durch Salvarsanbehandlung der Mutter zu fordern. Verf. hat bisher bei 10 Frauen mit positiver Wassermannscher Reaktion, die vorher öfter abortiert hatten, einmal 0·6 bis 0·9 Neosalvarsan intravenös gegeben und jede hat ein einstweilen gesund gebliebenes Kind geboren.

Lehndorff (Wien).

Erich Müller. *Zur Therapie und Klinik der Lues congenita.* (Ther. Monatsh., Oktober 1913, S. 706.)

In diesem Vortrage bespricht Müller die Therapie mit Arsen, Quecksilber und Neosalvarsan und die Kombination derselben,

welche er am meisten empfiehlt, und erörtert das Verhalten der Wassermannschen Reaktion zu den verschiedenen therapeutischen Verfahren. Bezüglich der späteren Entwicklung dieser Kinder fand Müller, daß nur zirka ein Drittel derselben später geistig vollkommen normal bleibt. Die enormen Erfahrungen des Autors auf diesem Gebiet empfehlen, diesen Vortrag im Original nachzulesen.

Zuppinger (Wien).

G. Riether. *Syphilis und Findelanstalt.* (Wiener med. Wochenschr., 1914, S. 112.)

Bericht über die Maßnahmen, die an der Wiener Findelanstalt getroffen werden, um Übertragung von Syphilis durch die Kinder und deren Mütter zu verhindern. Frühgeborene Kinder und solche, in deren Anamnese Fehlgeburten vorgekommen sind, gelten als suspekt; sie werden erst nach langer Beobachtungszeit, wenn die Wassermannsche Reaktion wiederholt negativ war, in Außenpflege und stets nur zu künstlicher Ernährung abgegeben und bleiben noch ein Jahr in genauer ärztlicher Überwachung. Für luetische Säuglinge, die bis zu 2 Jahren im Hause bleiben, wurde ein Kinderheim am Lande geschaffen; sie bleiben bis zu 6 Jahren unter Kontrolle. Besonders sorgfältig ist die Untersuchung der Ammen vor der Abgabe in den Privatdienst. Lehndorff (Wien).

Zirkulationsapparat.

Fleischmann Wolff. *Angeborene Wassersucht.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXII, p, 75.)

Dieser Fall von angeborener Wassersucht war mit einer ausgeprägten hämorrhagischen Diathese kombiniert. Trotzdem die Mutter luetisch infiziert war, nehmen die Verff. Lues nicht als Ursache an, da nach den übrigen vorliegenden Beobachtungen ein Zusammenhang beider Affektionen nicht anzunehmen ist. Thorspecken.

A. Hecht. *Das Morgagni-Adams-Stokessche Syndrom im Kindesalter und seine Behandlung.* (Wiener med. Wochenschr., 1914, S. 178.)

Bericht über einige der sehr seltenen Fälle von Adams-Stokesschen Anfällen bei Kindern; auf Grund der Ergebnisse der elektrokardiographischen Untersuchungen wird die Indikation der Atropin- respektive Physostigmintherapie diskutiert. Physostigmin in Mengen von $^1/_4$ bis 1 mg beseitigte schwere Erscheinungen von Herzblock und Extrasystolen. Lehndorff (Wien).

Respirationsorgane.

F. Parkes Weber. *The occurence of acute pneumonia during treatment with arsenic.* (Brit. med. Journ., 15. Februar 1913.)

Verf. hat bei 5 Kindern während einer aus verschiedenen Indikationen eingeleiteten Arsenbehandlung leicht verlaufende Pneumonien beobachtet und glaubt, „daß die Arsenbehandlung zu Pneumonien prädisponiere". Eckhardt.

Blut und blutbildende Organe.

Götzky und **Isaac.** *Zur Kenntnis der familiären hämolytischen Anämien und über die Bedeutung des konstitutionellen Moments in ihrer Pathogenese.* (Folia haemat., Bd. XVII, S. 128, 1913.)

Es wird über eine Familie berichtet, bei der Großmutter, Sohn und 4 Enkel an hämolytischem Ikterus leiden. Während die älteren Individuen dauernd ikterisch sind, haben die Kinder nur Anämie und Milzvergrößerung und werden nur bei Gelegenheit von Infektionskrankheiten ikterisch. Alle Kinder, selbst der 11 Monate alte Säugling zeigen deutlich das Phänomen der Resistenzverminderung der Erythrozyten gegenüber hypisotonischen Kochsalzlösungen. Außerdem waren alle Kinder ausgesprochene Lymphatiker.

Lehndorff (Wien).

Huber. *Acute Lymphatic Leukemia.* (Arch. of Ped., November 1913.)

Verf. berichtet über 3 Fälle. Bei einem fiel die Leukozytenzahl einmal auf 8600, aber mit 93% Lymphozyten, wodurch die Wichtigkeit der Differenzialzählung betont wird.

Wachenheim (New York).

d'Espine *La maladie de Banti chez l'enfant.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, S. 254.)

2 Fälle von Bantischer Krankheit im 1. Lebensjahr. Bei dem 2. Kinde wurde eine Splenektomie vorgenommen, die eine günstige Beeinflussung des Blutbildes und Hämoglobingehaltes zur Folge hatte. Das Kind starb indessen bald danach an einer interkurrenten Erkrankung. d'Espine glaubt, daß die Bantische Krankheit öfter schon im frühen Kindesalter beginnt und daß manche Fälle von Splenomegalie fälschlicherweise unter der Diagnose Syphilis segeln.

Die Milz des verstorbenen Kindes wurde auch bakteriologisch untersucht und ein Affe damit geimpft. Der negative Ausfall der Untersuchung spricht gegen einen infektiösen Ursprung der Erkrankung. Thorspecken (Bremen).

E. Conradi. *Zur Morphologie des Blutes unter dem Einflusse des Seeklimas.* (Folia haemat., Bd. XVII, S. 105, 1913.)

Genaue durch Wochen fortgesetzte Blutuntersuchungen haben ergeben, daß ein einheitlicher, einschneidender Effekt auf die Zusammensetzung des Blutbildes unter dem Einflusse des Seeklimas sich nicht konstatieren läßt. Lehndorff (Wien).

Lymphatischer Apparat.

Götzky. *Über die klinische Bedeutung der Kubitaldrüsenschwellungen.* (A. d. Kinderpoliklinik d. Charité, Prof. Heubner.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, H. 1/2, S. 113, Heubner-Festschr.)

Kubitaldrüsenschwellungen finden sich bei Kindern jedes Alters, meist doppelseitig und meist luetischer Herkunft. Bei Säuglingen sind sie fast pathognomonisch für Lues, bei älteren Kindern sehr suspekt, zuweilen das einzige Symptom der latenten Lues. Einseitige Kubitaldrüsenschwellungen sind meist nicht luetisch.

Birk (Kiel).

Mc. Clanahan. *Why does the operation for the removal of adenoids frequently fail to relieve mouth breathing?* (Das Bestehen der Mundatmung nach Entfernung der Adenoide.) (Arch. of Ped., Oktober 1913.)

Das Fehlen einer Besserung in dieser Hinsicht ist häufig und unliebsam auffallend. Die Ursache ist zu späte Operation, nachdem Mißbildung des Kiefers schon ausgebildet ist; diese kann im voraus diagnostiziert werden und der Arzt soll die Eltern entsprechend warnen. Wachenheim (New York).

Innere Sekretion.

Hutinel (Paris). *Les lésions des capsules surrénales dans la scarlatine.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, S. 397.)

Die Symptome der Erkrankung der Nebennieren, deren Insuffizienz das Bild des malignen Scharlachs beherrscht, sind: Asthenie, Blutdrucksenkung, Tachykardie, oft auch Arhythmie, Zyanose, Leberschwellung, Urinverminderung, pathologische Dermographie (raie blanche), polymorphe Erytheme, nekrotisierende Ulzerationen, selten Melanodermie; Bauchschmerzen im Epigastrium, starker Gewichtsverlust, Hypocholesterinämie. Hutinel bespricht ferner die Be-

funde bei histologischer Untersuchung der Nebennnieren, die zur Erkennung von Zellveränderungen selbst schwerer Art unerläßlich ist. Die erfolgreiche Anwendung von Adrenalin ist kein genügender Beweis dafür, daß die Nebennieren affiziert sind.

Thorspecken (Bremen).

C. Römer (Hamburg). *Die Beziehungen zwischen der Funktion der Hypophysis cerebri und dem Diabetes insipidus.* (Deutsche. med. Wochenschr., 1914, Nr. 3, S. 108.)

Verf. beobachtete bei Kaninchen nach Ausschaltung der Hypophysenwirkung eine starke Polyurie, die durch intravenöse Injektion eines Kolloidextraktes aus dem Mittellappen der Hypophyse aufgehoben werden konnte, in geringerem Maße auch durch Pituitrin und Pituglandol. Gleiche Erfolge hatte der Kolliodextrakt auch bei einem Jungen mit hochgradigem Diabetes insipidus. Es wurde hier die Tagesmenge von 11 Litern auf 7 Liter herabgesetzt. Bei der Sektion des Kindes fand man einen Tumor der Hirnbasis, der auf die Hypophyse übergriff. Nagel-Hoffmann.

Clark and **Farmer**. *A case of congenital cyst of the Thyroid gland in a child aged one year, producing death by asphyxiation.* (Kongenitale Schilddrüsenzyste bei einem 1jährigen Kinde mit Tod an Asphyxie.) (Americ. Journ. Dis. Children., Dezember 1913.)

Wachenheim (New York).

Verdauungstraktus.

De Buys. *The Roentgen ray in pyloric obstruction.* (Die Röntgenstrahlen bei der Pylorusstenose.) (Americ. Journ. Dis. Children, November 1913.)

Verf. betont den Wert der Röntgenstrahlen bei der Diagnose der Stenose und ihrer Differenzierung vom Pylorospasmus.

Wachenheim (New York).

Holt. *Duodenal ulcers in infancy.* (Duodenalgeschwüre im Säuglingsalter.) (Americ. Journ. Dis. Children, Dezember 1913.)

Verf. berichtet über 4 eigene Fälle mit bestätigenden Sektionen. Die Diagnose ist äußert schwierig; vermeintliche Fälle von Magengeschwür beziehen sich zumeist auf das Duodenum, wo Ulkus häufiger ist; bei diesen Fällen hilft uns das Bluterbrechen. Gewöhnlich treffen wir bloß Darmblutung, wobei das häufige Vorkommen von Dickdarmblutung die Diagnose erschwert; auch ist nicht selten Perforation das erste Zeichen einer schweren Erkrankung. Einmal wurde Blut bei Duodenalsondierung erhalten; dies würde wohl das

beste diagnostische Hilfsmittel darstellen, da Sondentraumen so gut wie gar nicht vorkommen. In Verbindung mit Blut im Stuhle macht das erwähnte Phänomen die Diagnose Duodenalgeschwür recht wahrscheinlich. Wachenheim (New York).

Trumpp. *Zur Diagnostik und Therapie der Oxyurasis.* (A. d. Kinderklinik in München.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, H. 3, S. 205.)

Folgender Symptomenkomplex soll nach Ansicht des Verf. für Oxyurasis (und für andere Helminthiasen) charakteristisch sein: Blässe des Gesichtes, unveränderte Augen, stark erweiterte Pupillen, irregulärer oder intermittierender Puls, unregelmäßiger launischer Appetit, gelegentliches Übelsein und Erbrechen, Auftreibung des Leibes, zeitweilige Kolikschmerzen, Kitzeln in der Nase, am Anus und den Genitalien, das sich besonders am Abend in der Bettwärme steigert und das Einschlafen oft lange Zeit behindert, nächtliches Aufschrecken und entsprechende Schläfrigkeit tagsüber, schließlich allgemeine Nervosität. Er fügt aber selbst hinzu, daß dieser Symptomenkomplex für die Diagnose nicht so zuverlässig sei, daß er den Nachweis des Parasiten erspare.

Für die Erkrankung an Oxyurasis nimmt er eine individuelle Disposition an.

Bei der immerhin erheblichen Schwierigkeit, die Oxyurenkrankheit sicher nachzuweisen, versuchte der Verf., das Komplementbindungsverfahren zur Grundlage einer Diagnostik zu machen, wobei er voraussetzte, daß möglicherweise auch die Oxyuren eiweißartige Substanzen produzieren, die nach ihrer Resorption durch die Darmschleimhaut antigene Eigenschaften für den Organismus gewinnen können. Es zeigte sich in der Tat, daß das Serum eines Oxyurenträgers mit Oxyurenextrakt eine ziemlich beträchtliche Komplementhemmung zustande bringt, woraus man folgern darf, daß im Serum der Oxyurenkranken Reaktionskörper gegen Oxyurenprodukte existieren.

Er stellte weiter Versuche darüber an, ob Oxyurenträger bei Einreibung von Oxyurenpulver (in Salbe suspendiert) in die Haut eine spezifische Hautreaktion zeigten. Diese Versuche fielen teilweise positiv aus. Birk (Kiel).

H. Plew (Saarlouis). *Über die Perforation des Darms durch Askariden.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXII, S. 11.)

Aus der Literatur über dieses Thema zieht Verf. den Schluß, daß Askariden gelegentlich nicht bloß an schon vorher bestehenden krankhaft veränderten Stellen der Darmwand dieselbe perforieren können. Er führt dazu eine eigene Beobachtung, einen Fall von Perforationsperitonitis mit einem Askaris in der freien Bauchhöhle, an. Einen sicheren Beweis für die angenommene Entstehungsweise liefert auch dieser Fall nicht. Thorspecken.

L. Exchaquet. *A propos d'un cas de maladie de Hirschsprung.* (Bemerkungen über einen Fall von Hirschsprungscher Krankheit.) (Hospice de l'Enfance à Lausanne.) (Schweizer Rundsch. f. Med., 1913, Nr. 13.)

Krankengeschichte eines 5 Monate alten Knaben mit typischer Hirschsprungschen Krankheit. Tod 2 Tage nach Einnahme von 10 g Bismut in Milch (zum Zwecke einer Röntgenuntersuchung).

Bei der Sektion zeigten sich 2 Dilatationen, eine starke des Colon transversum (12 cm) und eine schwächere (7 cm) der Flexura sigmoidea, während Flexura lienalis und Colon descendens normale Verhältnisse aufwiesen. Kein mechanisches Hindernis zu finden. Verf. nimmt eine kongenitale Disposition zur Dilatation an.

Als Todesursache wird Bismutintoxikation durch die negativ ausgefallene chemische Untersuchung der Leber, Milz und Nieren auf Bismut ausgeschlossen, dagegen glaubt Verf., daß die Einführung der Bismutaufschwemmung eine Reizung des Darmes und eine intensive Resorption der Toxine hervorgerufen habe, und warnt deshalb vor der Anwendung des Bismut in Darmeinläufen oder in Aufschwemmungen per os zum Zweck der radiologischen Untersuchung. Er erwähnt einen ähnlichen, von Blanc veröffentlichten Todesfall aus der Genfer Kinderklinik (Blanc, Du mégacolon congénital. Thèse de Genève 1912). E. Burckhardt (Basel).

Urogenitalsystem.

Wendenburg (München-Gladbach). *Die Ätiologie der orthotischen Albuminurie unter besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zur Tuberkulose.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXII, S. 34.)

Das Material von 450 Kindern setzte sich vorwiegend aus Schwächlichen, Skrofulösen, Blutarmen, erblich tuberkulös Belasteten, Lungenkranken und Lungenschwachen zusammen. Die Pirquetsche Reaktion war bei den Kindern mit orthotischer Eiweißausscheidung keineswegs häufiger als bei den anderen, im Gegenteil war der Prozentsatz der Pirquet-negativen Orthotiker etwas größer. Wendenburg glaubt den Faktor, der von entscheidender Bedeutung bei der Disposition zur Eiweißausscheidung ist, in dem „skrofulösen Habitus" sehen zu müssen. Er charakterisiert diese Kinder als solche mit „viel Leibschmerzen und Kopfschmerzen, besonders abends, Hüsteln, häufig erkältet, schmerzhafte Drüsenschwellungen, öfter Schluckschmerzen", bei denen eine chronische Rhinopharyngitis, gerötete, weiche, mäßig vergrößerte Tonsillen, sehr oft systolische Herzgeräusche gefunden werden. Die Tuberkulose spielt demnach keine besondere Rolle in der Ätiologie der orthot. Albuminurie, sondern ihr Auftreten ist meist durch das Zusammenwirken eines mechanisch-vasomotorischen Momentes mit einem infektiösen Moment bedingt.

Mit Politzer nimmt Wendenburg an, daß die Essigsäurefällung immer der Ausdruck für eine Nierenläsion, wahrscheinlich der Glomeruli, ist.

Therapeutische Versuche mittels Alkalisierung des Harnes scheinen aussichtslos zu sein. Wichtig ist die Behandlung chronischer Pharyngitiden. Thorspecken.

Smith. *Vulvovaginitis in children.* (Vulvovaginitis bei Kindern.) (Americ. Journ. Dis. Childr, November 1913.)

Eine etwas zu optimistische Auffassung in bezug auf Prophylaxe sowie Therapie. Wachenheim (New York).

M. G. Kuschnira. *Zur Kasuistik des Vorfalles der Urethramukosa bei Mädchen (intussusceptio mucosae urethrae).* (A. d. Dedowschen Semstwo-Krankenhause, Kreis Sterlitamak, Gouv. Ufa.) (Russky Wratsch, 1913, Nr. 29.)

Der Verf beschreibt einen Fall von Prolaps der Urethralschleimhaut traumatischen Ursprungs bei einem 7jährigen Mädchen. Die prolabierte Partie war von der Größe einer kleinen Wildkirsche. Durch operativen Eingriff wurde radikale Heilung erzielt.

M. Rudnew (St. Petersburg).

Heiman. *A case of bilateral hydroureter.* (Fall von Hydroureter bilateralis.) (Arch. of Ped., November 1913.)

Es bestand bei diesem Falle eine chronische Pyozyaneusinfektion, die Abnormität war aber wahrscheinlich kongenital, weil keine Striktur, Klappe oder Drehung nachweisbar war. Möglich blieb eine poliomyelitische Blasenlähmung oder eine Ureterverlegung unbekannter Natur. Für diese Annahmen fehlte erstens eine Anamnese von Kinderlähmung und zweitens waren die Ureteren für nicht sehr feine Sonden passierbar. Röntgenuntersuchung bloß linksseitig entscheidend, zystoskopisch waren aber beide Seiten, wenn auch ungleich affiziert. Behandlung erzielte nur vorübergehende Besserung der Pyozyaneusinfektion der linken Seite. Wachenheim (New York).

Collins. *Urinary lithiasis in infancy.* (Harnsteine im Säuglingsalter.) (Americ. Journ. Dis. Children, Oktober 1913.)

Verf. betont die Schwierigkeit und Seltenheit der Diagnose, die meisten Fälle in der Literatur stammen aus Sektionsberichten. Angaben über erfolgreiche Operationen in den ersten Lebensjahren sind noch seltener. Es ist sehr wahrscheinlich, daß in späteren Jahren gefundene Steine aus dem Säuglingsalter stammen; häufigere Röntgenuntersuchungen sollten zu mehr Frühdiagnosen führen. Anamnestisch werden Infektionskrankheiten und Pneumonie besonders oft notiert. Verf. rät zu Operation bei Steinbefund und meint, daß dadurch die eventuelle Prognose gebessert würde, auch bei chirurgischem Eingriff in den ersten Lebensjahren; er erkennt allerdings die Ge-

fahren der Nephrektomie beim Säuglinge und die sehr ungünstige Prognose bei doppelseitiger Stein- oder Grießbildung.

Wachenheim (New York).

Psychologie und Psychopathologie.

Girstenberg (Berlin). *Aus der heilpädagogischen Praxis.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., XII. Bd., S. 629, 1914.)

I. Über Enuresis diurna et nocturna und Incontinentia alvi.

Verf. schildert mehrere Fälle und zeigt eingehend, wie er der Enuresis und Incontinentia alvi psychotherapeutisch und pädagogisch mit Erfolg beikam, und zwar durch Maßnahmen der allgemeinen Erziehung. Zur Freudschen Urethraltheorie äußert er sich mit vorsichtiger Zurückhaltung. Er fordert schließlich mit Nachdruck, daß der Heilpädagoge und Lehrer abnormer Kinder in allen wichtigeren Fällen sich des Rates und der Zustimmung des Arztes vergewissere.

II. Ein Fall von Paralexie in Verbindung mit anderen psychopathischen Stigmaten.

Ein schwerer Lesedefekt bei einem 10jährigen psychopathischen Jungen wird vom Verf. psychologisch erörtert und in der Hauptsache auf pathologisch herabgesetzte Aufmerksamkeitsspannung sowie auf pathologisch beschleunigte Assoziierung der optischen Erinnerungsbilder mit akustischen und motorischen Wort- und Bedeutungsvorstellungen zurückgeführt. Besserung erzielte der Verf. durch Bekämpfung der Nervosität des Kindes im allgemeinen, ferner speziell durch Zielübungen, Erweckung des Interesses für Lektüre, Anwendung einer Schablone, welche den Knaben zwang, Buchstaben und Silben genau zu betrachten und richtig aneinanderzureihen. Nach Ansicht des Verf. sind fast alle Kinder, die ungewöhnlich schwer richtig lesen (oder schreiben) lernen, mehr oder weniger schwachsinnig.

III. Psychopathische Minderwertigkeit.

Ein typischer Fall von disharmonischer seelischer Verfassung bei einem 15jährigen, einseitig begabten Jungen wird durch zahlreiche charakteristische Beispiele, Briefproben usw. illustriert. Der unheilvolle Einfluß des Milieus wird besonders betont, die Grundsätze, nach denen der Verf. als Pädagoge verfuhr, werden angegeben.

Autoreferat.

Rogers. *The desirability of early diagnosis of mental defect in children, and mental tests as an aid.* (Die Verwendung der Prüfungsmethoden zur frühen Diagnose geistiger Defekte bei Kindern.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 27. Dezember 1913.)

Die vorhandenen Methoden sind schon jetzt zur Bestimmung und Klassifizierung der Geistesdefekte ziemlich adäquat.

Wachenheim (New York).

Neurologie und Psychiatrie.

Camp. *A contribution to the study of hereditary degeneration (pseudohypertrophic muscular dystrophy in combination with degeneration in the central nervous system).* (Beitrag zum Studium der hereditären Entartung [Pseudohypertrophie].) (Americ. Journ. Med. Sciences, November 1913.)

Verf. berichtet über interessante Fälle von pseudohypertrophischer Muskeldystrophie in Verbindung mit schwerer Erkrankung des Zentralnervensystems, in einem Falle Friedreichsche Ataxie, in einem andern Neuritis optica. Wachenheim (New York).

L. Concetti (Rom). *Les syndromes de Little.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, S. 155.)

Auf einem großen Material, 84 eigenen Fällen mit 7 Autopsien, die sämtlich mitgeteilt sind, basiert die interessante Arbeit Concettis. Die gemeinsame pathogenetische Grundlage für das ätiologisch so verschiedenartige Syndrom der Littleschen Krankheit besteht darin, daß es sich bei ihr um eine Entwicklungshemmung der Pyramidenbahnen handelt, eine Rarefikation derselben ohne degenerative Veränderungen. Dies kommt zustande, wenn das jeweilige Trauma die Pyramidenbahnen in einer frühen Periode trifft, in der die Myelinscheidenbildung noch mehr oder weniger unvollendet ist und das Rückenmark dem Einfluß des Großhirns erst wenig unterworfen ist. Das Ende dieser Periode ist kein festbegrenztes, vereinzelt kann die Myelinisation selbst nach $^1/_2$ Jahre noch nicht abgeschlossen sein. Werden die Bahnen erst nach diesem Zeitpunkt von einem Trauma getroffen, so kommt es zur Degeneration derselben und einem andern klinischen Bilde und Verlauf der Reparation. Bei der Littleschen Krankheit vollendet sich die Reparation, falls eine solche überhaupt möglich ist, immer in typischer Weise zuerst an den kürzeren Bahnen, entsprechend der schnelleren Fertigstellung der Myelinscheiden derselben, d. h. die Besserung der Spasmen schreitet von oben nach unten zu fort.

Die Ursache der Entwicklungshemmung liegt am häufigsten in einer Kompression oder Zerstörung der Pyramidenbahn auf

irgend einem Teile ihres Verlaufes durch Blutung, Hydrozephalus usw., oder es handelt sich — bei Frühgeburten — um eine primäre Entwicklungshemmung oder Agenesie der Bahnen. Letztere kommt vielleicht durch die ungünstigen äußeren Bedingungen des Frühgeborenen oder auch durch schädliche Einwirkungen von Krankheiten oder Intoxikationen der Mutter auf den Fötus zustande. Auch diesen Fällen ist der mehr paraplegische Typus und die von oben nach unten zu fortschreitende Besserung eigentümlich. Unter den vielfachen anderen Ursachen hebt Concetti ferner die Meningitis und den fötalen Hydrozephalus hervor. Bei der serösen Meningitis kommt es durch Druck auf die Gyri nur zu einer Entwicklungshemmung und Mikrogyrie mit den entsprechenden Folgen. Bei eitriger Meningitis oder Meningoenzephalitis dagegen kommt es zu Erweichung, Thrombosierung usw., schließlich zur Sklerosierung und es handelt sich hier meist um einen viel diffuseren Prozeß als bei der ersteren Form. Infolgedessen treten hier — gegenüber den Gliederspasmen bei seröser Meningitis — psychische und sensorische Veränderungen, Konvulsionen, Athetose, Idiotie weit mehr in den Vordergrund. Die Restitutionsfähigkeit ist in erster Linie von dem Grade abhängig, in dem die Neurone zur Zeit der Erkrankung bereits entwickelt waren.

Concetti nimmt an, daß es auch eine Spätform von Littlescher Krankheit gibt, die eine reine Entwicklungshemmung analog den Muskeldystrophien oder der Frühform der Tabes sei. In seltenen Fällen kann das Littlesche Syndrom rein spinalen Ursprungs sein, wie in einem Fall Concettis von syphilitischer Leptomeningitis spinalis.

Concetti kommt ferner auf die sekundären Symptome, die je nach der Natur und dem speziellen Sitz der zugrunde liegenden Affektion verschieden sind, und auf die Schwierigkeiten bei der Erklärung der Pathogenese zu sprechen. Die Auflösung des Littleschen Syndroms in eine große Zahl einzelner Krankheitsformen, wie es jetzt vielfach geschieht, hält Concetti nicht für berechtigt.

Thorspecken (Bremen).

Woods. *Seven cases of epilepsy in children.* (7 Fälle von Epilepsie bei Kindern.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 27. Dezember 1913.)

Bei allen war Alkoholrausch der Eltern zur Zeugungszeit nachweisbar. Dabei waren die Eltern nicht gewohnheitsmäßige Säufer.

Wachenheim (New York).

Clark and **Sharp.** *The role which heredity plays in inducing epilepsy in children suffering from infantile cerebral palsy.* (Rolle der Heredität bei Erzeugung der Epilepsie in Fällen von Zerebrallähmung bei Kindern.) (Journ. Nerv. and Ment. Diss., Oktober 1913.)

Verff. finden erbliche Belastung beinahe so konstant bei der infantilen hemiplegischen Epilepsie wie bei der gewöhnlichen Epilepsie.

Wachenheim (New York).

Dandy and **Blackfan.** *An experimental and clinical study of internal hydrocephalus.* (Untersuchung über Hydrocephalus internus.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 20. Dezember 1913.)

Mittels Tierversuchen und klinischen Beobachtungen möchten Verff. 2 Typen unterscheiden. Beim ersten sind die Ventrikelverbindungen verlegt, es bildet sich ein Hydrozephalus aus, der von den Ventrikelwänden nicht resorbiert wird. Beim zweiten Typus sind die Verbindungen frei, es ist eine Meningitis vorausgegangen und das Exsudat ist vom Subarachnoidalraum nicht resorbiert worden. Als Probemethode verwendeten Verff. die Ausscheidung im Urin von in die Ventrikel respektive den Subarachnoidalraum eingespritzter Phenolsulphonphthaleinlösung. In der ersten Gruppe wird diese Substanz in den ersten 2 Stunden kaum ausgeschieden nach Einspritzung in den Ventrikel, dagegen normal, wenn der Subarachnoidalraum injiziert wird. In der zweiten Gruppe erscheint die Substanz prompt im Subarachnoidalraum, wenn die Ventrikel injiziert werden, wird aber vom ersteren sehr langsam resorbiert und spät ausgeschieden. Wachenheim (New York).

Stoffwechselkrankheiten.

Freise. *Das Alkoholextrakt aus Vegetabilien als Träger Barlow heilender Stoffe.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XII, 1914, 687.)

Verf. bespricht eingangs die experimentellen und klinischen (bei Beri-Beri) gemachten Erfahrungen, daß es außer den uns bekannten Nahrungsbestandteilen noch gewisse einstweilen wenig studierte alkohollösliche Stoffe gibt, deren Fehlen Störungen im tierischen Organismus hervorruft und deren nachmaliger Zusatz diese Störungen wieder behebt. (Hopkins, Stepp, Eijkmann, Funk, Suzuki Shimamura und Odake, Holst, Fröhlich, Fürst.)

Vortragender hat, von diesen Befunden ausgehend, in einem typischen schweren Falle von Barlowscher Krankheit, der nach zweimonatiger Ernährung mit Muffler Mehl und $2^1/_2$monatiger mit Schweizer Milch und Hafermehl aufgetreten war, alkoholischen Extrakt aus Vegetabilien verabreicht. Es wurden unter ausschließlicher Weiterführung der ätiologisch wirksamen Ernährung (Schweizermilch und Hafermehl) geringe Mengen eines kalten Alkoholextraktes aus „Futterrübe" (Beta vulgaris) gegeben, im ganzen während $7^1/_2$ Wochen etwa $13^1/_2$ g entsprechend zirka 73 kg frischer Rübe. In schneller Folge trat die klinische Heilung der Zahnfleischaffektion und der sehr schweren Erscheinungen am Skelett der unteren Extremitäten ein, die röntgenologisch dauernd kontrolliert wurde. In epikritischen Erörterungen wird hervorgehoben, daß

dieses Resultat bei einer Ernährung erfolgte, die kalorisch unzureichend und einseitig, sehr eiweiß-, fett- und kalkarm war, daß also die „an sich unzweckmäßige" Ernährung in der Ätiologie der Barlowschen Krankheit keine maßgebende Rolle spielen kann. Praktisch wird die Darreichung von Alkoholextrakt dann in Frage kommen, wenn die Zufuhr von Vegetabilien am Widerwillen der Patienten oder dabei immer wiederauftretenden Diarrhöen (Fränkel) scheitert, auch dann wenn im Endzustand eines Morbus Barlow die schnelle Zufuhr relativ reichlicher Mengen antibarlowscher Stoffe in kurzer Zeit nötig wird.

Es folgt eine Besprechung der Wirkungsmöglichkeit dieser Stoffe, die sich zu kurzem Referat nicht eignet. Vortragender bemerkt zum Schluß, daß auch die Epiphysenschwellungen der oberen Extremitäten, die als Rachitis gedeutet werden mußten, in geringerem, aber den möglichen Meßfehler überschreitendem Umfange abnahmen, also auch durch den Alkohloextrakt beeinflußt wurden; er erörtert die möglicherweise enge ätiologische Beziehung unbekannter Nahrungsbestandteile zu anderen Wachstumskrankheiten.

Autoreferat.

Haut.

Marie Kaufmann-Wolf (Wien). *Beitrag zur Kenntnis der Beziehung zwischen Achorion Schoenleini und Achorion Quinckeanum.* (Menschenfavus und Tier- beziehungsweise Mäusefavus.) (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXII, S. 1.)

Verf. beschreibt 3 Fälle von Mäusefavus, der in Wien bisher nicht beobachtet wurde. Der Pilz bevorzugt unbehaarte Körperteile. Es handelt sich um eine leicht vorübergehende Affektion.

Thorspecken.

A. v. Falkowski. *Über eigenartige mesenchymale Hamartome in Leber und Milz neben multiplen eruptiven Angiomen der Haut bei einem Säugling.* (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol., Bd. LVII, 1914, S. 385.)

Im klinischen Bilde ist interessant, daß sich bei dem an einer Ernährungsstörung leidenden Kinde das Erscheinen sehr zahlreicher punktförmiger, schnell bis zu Linsengröße anwachsender Telangiektasien, die schließlich auch das Hautniveau überragten, verfolgen ließ. Lehndorff (Wien).

Nase, Ohr.

Richard Lehmann. *Otitis media acuta mit sekundärer Abduzenslähmung und Meningitis.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, LI, S. 295.)

Bei einem 11jährigen Knaben trat im Anschluß an eine Otitis media acuta eine Meningitis auf, die zum Exitus führte. Als Ursache der in diesem Falle bestehenden Abduzenslähmung wurde eine Osteitis an der Pyramidenspitze mit nachfolgender Nekrosen- und Abszeßbildung nachgewiesen. Verf. macht darauf aufmerksam, daß man bei einer Otitis media mit Abduzenslähmung immer mit gefährlichen Komplikationen rechnen muß, wenn auch viele Fälle ohne operative Eingriffe zur Heilung kommen. Keller (Berlin).

Chirurgie.

E. Kaerger (Berlin). *Die Brophysche Gaumenspaltenbehandlung.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 52, S. 2552.)

Beschreibung von Technik und Erfolg der Brophyschen Methode, mit der Verf. selbst Fälle von doppelten Kiefer- und Gaumenspalten mit Erfolg behandelt hat. Nagel-Hoffmann.

Hertzler. *Treatment of inguinal hernia in children.* (Behandlung des Leistenbruchs bei Kindern.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 22. November 1913.)

Bruchbänder haben bekanntlich viele Nachteile, weil sie schwer rein zu halten sind und deshalb leicht Ekzem oder gar Dekubitus erzeugen. Das beliebte Strickgarnband verwirft Verf. als ganz unwirksam, doch meint er, daß Brüche überhaupt bloß operativ heilbar sind. Anderseits will er erst spät, nicht vor dem 4. Jahre, operieren, in welcher Beziehung er von vielen Chirurgen stark abweicht.

Wachenheim (New York).

Ochsner. *Treatment of hernia in children.* (Behandlung der Hernien bei Kindern.) (Ill. Med. Journ., Dezember 1913.)

Verf. betont die Neigung zur Spontanheilung bei den Leistenbrüchen des Säuglings und die Erfolge der Behandlung mit Bruchbändern und Lagerung. Operation ist bloß bei gewissen Fällen angezeigt, so bei Inkarzeration, Verwachsung, ungewöhnlicher Größe der Bruchpforte, reponibler Hydrozele, gewissen Fällen von Retentio testis. Wachenheim (New York).

A. J. Galebsky. *Die Extraktion von Fremdkörpern aus den Atmungswegen, vorwiegend bei jugendlichen Individuen, mit Hilfe der Bronchoskopie.* (A. d. Klinik f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankh. d. kaiserl. mil.-med. Akad.) (Russky Wratsch, 1913, Nr. 42.)

Der Verf. bediente sich des Brüningschen Bronchoskops und des von ihm modifizierten Kahler-Leiterschen Instrumentes. Bei kleinen Kindern wurde auf Anästhesie verzichtet, bei größeren wurde die Schleimhaut des Larynxeinganges mit 5% Kokain und Adrenalin bestrichen. Der Patient sitzt während der Operation auf dem Schoße des Assistenten. Der Verf. führt 8 Fälle von Entfernung von Sonnenblumensamen an, die in den rechten Bronchus der Kinder geraten waren. In allen Fällen war das Resultat günstig.

M. Rudnew (St. Petersburg).

Wachsner *Über akute Osteomyelitis und Osteoplastik im Kindesalter.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX/LXI, S. 748.)

Thorspecken (Bremen).

Mißbildungen.

Reuben and **Cleaver.** *Oxycephaly.* (Arch. of Ped., November 1913.)

Diese Difformität ist angeboren und beruht auf vorzeitiger Ossifikation der Nähte; sie ist vererbbar und familiär. Die Psyche ist zumeist normal, Augenerscheinungen, z. B. Strabismus, Abnormitäten der Zähne und des Skeletts, Epilepsie und hirntumorähnliche Erscheinungen sind dagegen nicht selten.

Wachenheim (New York).

Hees (Heidelberg). *Kleinhirnexstirpation bei einem Falle von angeborener Hydrencephalocele occipitalis.* (Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XVIII.)

Operation am 3. Lebenstage. Im Bruchsack liegt „eine fast hühnereigroße vielgestaltige, dunkelbraunrote Masse, die als das stark hämorrhagisch veränderte Kleinhirn aufgefaßt wird". Reposition gelingt nicht. Abtragung der ganzen Masse, die nach der histologischen Untersuchung den mittleren Teilen des Kleinhirns und dem Wurm entspricht. Operation relativ gut überstanden. Trotz Ausbildung eines Hydrozephalus langsame, aber ständige Entwicklung des Kindes, das bei der Veröffentlichung $1^1/_2$ Jahre alt ist. Als Ausfallserscheinungen werden Nystagmus, Herabsetzung des Kornealreflexus, Hypotonie der oberen, Hypertonie der unteren Extremitäten aufgefaßt.

Hohlfeld (Leipzig).

Hygiene und soziale Medizin.

Schereschewsky. *Heat and infant mortality.* (Einfluß der Hitze auf die Säuglingssterblichkeit.) (Arch. of Ped., Dezember 1913.)

Obgleich dem Einflusse der Hitze auf indirektem Wege eine große Wichtigkeit zugemessen werden darf, überschätzt Verf. dieses Moment bedeutend, denn nichts ist klarer bewiesen, als daß durch Besserung der Wohnungsverhältnisse und gute Milchversorgung der Exzeß der Sommersterblichkeit auf ein Minimum herabgesetzt werden kann, wie die New Yorker Statistik deutlich beweist. Gerade die wertvollen New Yorker Berichte werden vom Verf. nicht im geringsten gewürdigt, so daß seine Zusammenstellung viel an Wert einbüßt.

Wachenheim (New York).

Van Ingen. *Certain neglected aspects of the problem of infant mortality.* (Übersehene Gesichtspunkte des Problems der Säuglingssterblichkeit.) (New York State Journ. of Med., November 1913.)

Verf. bemerkt, daß in 7 Jahren die Sterblichkeit in New York nach dem ersten Lebensmonat um etwa 30% abgenommen hat, die Mortalität in den ersten 4 Wochen dagegen ziemlich konstant geblieben ist; sie beträgt etwa 2% der Geburten. Ein Ärzteausschuß hat diese Frage übernommen und bei 1375 Frauen die Kinderpflege im ersten Monat speziell im Auge gehabt; die Mortalität der betreffenden Kinder betrug 2·7%. Der Optimismus des Verf. in bezug auf große Erfolge in diesem Gebiete ist vorläufig kaum gerechtfertigt; die kongenitalen Schadenmomente sind schwerer zu bewältigen als das recht erfolgreich in Angriff genommene Milchproblem.

Wachenheim (New York).

Van Ingen. *A campain of prenatal hygiene in New York.* (Pränatale Hygiene.) (Arch. of Ped., November 1913.)

Entgegen den Erfahrungen bei älteren Säuglingen ist die Mortalität in den ersten Lebenswochen nicht merklich zurückgegangen; viele dieser Todesfälle beruhen auf pränatalen Momenten, und die New Yorker Milchkommission hat sich bemüht, in einem bestimmten Stadtbezirk die Säuglingspflege schon während der Schwangerschaft einzuleiten. Diese Aufsicht umfaßte etwa 1800 Fälle. Es ergab sich schon bei der Geburt eine 23%ige Herabsetzung der Totgeburten, daneben eine 27%ige Herabsetzung der Sterbefälle im ersten Lebensmonat im Vergleich mit den allgemeinen Stadttabellen. Dabei war ein besonders ungünstiges Proletarierviertel ausgewählt. Die erwähnte Aufsicht bestand im Überwachen durch angestellte Ärzte mit geschultem Pflegepersonal, wie es hierzulande leicht erhaltbar ist, und das Hauptgewicht wurde auf Belehrung der Mütter gelegt. Die Ergebnisse, obwohl erst im kleinen Stil und nicht zu hoch zu schätzen, sind alles in allem gewiß ermutigend.

Wachenheim (New York).

Macy. *Some unusual phases of child hygiene.* (Ungewöhnliche Phasen der Kinderhygiene.) (Arch. of. Ped., November 1913.)

Der gegenwärtigen ärztlichen Schulaufsicht haften aus verschiedenen Gründen schwere Mängel an: dem Aufsichtspersonal, zum großen Teil aus Wärterinnen bestehend, mangelt es größtenteils an genügender fachlicher Bildung, wie auch unter den Umständen, inklusive des Gehaltes, nicht anders zu erwarten wäre. Daneben fehlt intelligente Zusammenwirkung der Schulbehörde und des Gesundheitsamtes. Verf. meint, daß die Zeit gekommen sei, die Schulaufsicht auf eine modern wissenschaftliche Stufe zu stellen.

(Wenn man bedenkt, daß es dem Schularzte nicht gestattet ist, die Kinder zur Unteruschung auch im geringsten zu entkleiden, so kann man sich den Wert der gestellten Diagnosen unschwer vorstellen. Die regelmäßigen Angaben von „Ernährungsstörungen" und „Anämie" seitens der angestellten Ärzte sind in den verschiedenen Polikliniken schon längst ein Gegenstand des Spottes geworden. Anmerkung des Referenten.) Wachenheim (New York).

Berichte.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.

Bericht, erstattet von **L. F. Meyer.**

Außerordentliche Sitzung am 9. Juni 1913.

1. **Erich Müller:** *„Zur Behandlung und Klinik der Lues congenita."*

Sowohl nach der Behandlung durch Quecksilber als auch durch Salvarsan (Injektion in die Schädelvene) und neuerdings nach kombinierter Behandlung von Quecksilber und Salvarsan ging die Heilung gleich schnell vor sich. Die Wassermannreaktion blieb dabei stets sehr lange positiv, welche Behandlung auch gewählt wurde. Sehr groß ist nach der bisherigen Erfahrung der Prozentsatz der intellektuell geschädigten Kinder. Nur ⅓ der Kinder ist geistig normal, ein zweites Drittel ist geistig leicht herabgesetzt, das letzte Drittel ist geistig stark reduziert und hat nur sehr trübe Aussichten für die Zukunft.

Diskussion: Niemann berichtet über einen unangenehmen Zwischenfall, einen 4 Wochen anhaltenden Ikterus, bei Behandlung eines Säuglings mit Salvarsan.

2. **Herbst:** a) *„Venenerweiterungen."*

Demonstration eines 11jährigen Knaben mit starken Venenerweiterungen auf der rechten Brustseite und dem rechten Oberarm. Weder Herzfehler, noch Bronchialdrüsentumor, noch Lues ist nachzuweisen. Annahme einer angeborenen Dystrophie der Venenwand.

b) *„Tuberkulose des weichen Gaumens."*

c) *„Mongolismus."*

Demonstration eines typischen Falles mit starken Thoraxdeformitäten, klaffenden Nähten und Fontanellen, aber normal gebildeten Schädelknochen.

3. **Schloss:** *„Zur Behandlung der Rachitis auf Grund von Stoffwechseluntersuchungen."*

Ergebnisse von Stoffwechselversuchen bei der Rachitis natürlich ernährter Kinder. Zulage von Phosphorlebertran rief in sämtlichen Versuchen nicht nur keine Besserung, sondern eine weitgehende Verschlechterung des Stoffwechsels der knochenbildenden Mineralstoffe hervor. Auch die Einfuhr eines einfachen Kalksalzes blieb wirkungslos, dagegen folgte der kombinierten Zulage von Kalksalzen und Phosphorlebertran eine hochgradige Verbesserung, besonders der Kalk- weniger der Phosphorretention.

Auf eine Anfrage Czernys, ob der Darreichung von Lebertran und Kalk auch eine Besserung im klinischen Sinne folgte, gibt Schloss eine bejahende Antwort.

4. **Glässner.** *„Sonnen- und Luftbehandlung der chirurgischen Tuberkulose."*

Demonstration von Patienten mit Knochen-, Gelenk- und Drüsentuberkulose, bei denen systematische Sonnenbehandlung auf den Terrassen des Waisenhauses Berlin-Rummelsburg durchgeführt war. Trotz des günstigen Einflusses dieser Behandlung auf den Allgemeinzustand und die lokalen Veränderungen wird diese Behandlungsmethode allein für unser Klima als nicht ausreichend bezeichnet. Sie ist indes eine wertvolle Unterstützung unserer sonstigen Behandlungsmethoden.

Diskussion: Baginsky hat sich gelegentlich einer Studienreise von den schönen Erfolgen der Sonnenbehandlung sowohl an der französischen Küste als im Gebirge überzeugt.

Finkelstein fragt an, ob Resultate mit Röntgenstrahlen vorliegen, die unserem Klima einen Ersatz der Sonnenbehandlung bieten könnten.

L. F. Meyer weist darauf hin, daß die Ärzte an der französischen Küste, insbesondere Menard, nicht mit Sonnenbehandlung allein, sondern mit einer Kombination von dieser mit chirurgischer Behandlung arbeiten.

Ritter betont die Bedeutung von Licht und Luft als Heilfaktoren.

Glässner: (Schlußwort). Die französischen Ärzte operieren, wenn sie dadurch eine Abkürzung der Behandlung zu erreichen hoffen. Über die Ergebnisse der Röntgenbestrahlung liegen noch keine näheren Resultate vor.

5. **Giffhorn:** *„Über den Einfluß von Fettzulagen auf den Stoffwechsel verdauungsgesunder Säuglinge bei molkenarmer Ernährung."*

Der Einfluß auf den Kalkstoffwechsel ist geringfügig, dagegen besteht ein günstiger Einfluß auf den Stoffwechsel des Stickstoffs, des Phosphors und der Magnesia. Eine Besserung der Bilanzen durch molkenreiche Nahrung ist nicht zu erkennen.

Sitzung vom 23. Juni 1913.

1. **Mendelsohn:** *„Demonstration zum Mongolenfleck."*

Der Mongolenfleck ist kein spezifisches Rassenmerkmal bei Japanern, wenn er sich auch in Japan besonders häufig findet. Mikroskopische Untersuchung zeigt in Bestätigung früherer Befunde in mittleren und tieferen Schichten des Korions eine große Anzahl der charakteristischen großen spindel- und sternförmigen, mit gelbbraunem Pigment mehr oder weniger reichlich gefüllten Zellen. Dieselben Zellen fanden sich, allerdings nur vereinzelt, in der makroskopisch normalen Brusthaut des Kindes. Dieser Befund macht es wahrscheinlich, daß der Mongolenfleck nicht eine spezifische Eigentümlichkeit der Kreuz-

gegend darstellt, sondern sich lediglich durch die Häufung der typischen Zellen von der übrigen Körperhaut unterscheidet.

2. **Oswald Meyer:** *„Demonstration zur Parathyreoidinbehandlung der Spasmophilie."*

Extrem schwerer Fall von Rachitis und Spasmophilie, bei dem alle übrigen Behandlungsmethoden versagten. Erst durch die Verabreichung von Parathyreoidin (Tabletten 0·1 3mal am Tage) gingen, nachdem 1¾ Jahre jede ärztliche Behandlung ohne Erfolg geblieben war, die Erscheinungen der Spasmophilie langsam, aber stetig zurück unter Besserung der Rachitis.

Diskussion: Peritz hat bei Erwachsenen den Symptomenkomplex der Spasmophilie auch öfters beobachtet und ebenfalls einen günstigen Einfluß des Parathyreoidins auf die Erkrankung wahrgenommen.

Oswald Meyer. Eine Spezifität der Parathyreoidintherapie kann man auch daraus folgern, daß bei fortgesetzter Behandlung Schmerzen und Spasmen in den Extremitäten auftraten, die erst nach der Verminderung der Dosis nachließen.

3. **Langstein:** *„Beiträge zur Kenntnis der Pyelitis im Kindesalter."*

Die Pyelitis entsteht meist im Anschluß an Infektionskrankheiten, insbesondere an Grippe, aber auch zwischen Pyelitis und Hirschsprungscher Krankheit bestehen gewisse Beziehungen, denn in den beiden letzten von ihm beobachteten Fällen Hirschsprungscher Krankheit bestand eine Infektion der Harnwege. Aus den polymorphen klinischen Bildern kann man einige Formen herausgreifen. Die toxische Form, die meningeale Form, die pneumonische Form, die intestinale Form, eine Krankheitsform, die sich mit Ikterus kombiniert und eine, die Appendizitis vortäuscht. Dabei findet sich nicht immer die in den Lehrbüchern beschriebene Pyurie. Bisweilen hat der Urin einen ausgesprochen hämorrhagischen Charakter (viele rote Blutkörperchen, zunächst nur vereinzelt Leukozyten, vielleicht hie und da ein Zylinder). Das hämorrhagische Bild kann später in eine Pyurie übergehen, es kann aber auch direkt zur Heilung kommen.

Als Entstehungsmodus ist der hämatogene und lymphogene häufiger als der aszendierende. Erreger ist keineswegs immer das Bakterium coli, sondern auch andere Bakterien, Staphylokokken, Friedländerscher Bazillus usw.

Bei der Pathogenese der toxischen Krankheitsform spielt auch der Wasserhunger eine maßgebende Rolle. Dafür spricht der Erfolg der Wasserzufuhr. Unter geeigneter diätetischer Behandlung — keine kohlenhydratreiche Diät — Wasserzufuhr und der üblichen medikamentösen Therapie war der Verlauf der Erkrankung in 90% günstig. Nur sehr selten schlossen sich Nephrosen an. Besonders zu betonen ist die Notwendigkeit ausreichender Ernährung, die bei der Appetitlosigkeit der Kinder bisweilen nur mit der Sonde möglich ist. Von der verschiedenenorts empfohlenen Alkalitherapie hat Langstein niemals einen vollen Erfolg, aber häufig unwillkommene Darmerscheinungen gesehen.

Diskussion: Davidsohn. Die Alkalitherapie mit Kalium citricum führte bei einem 1¼ Jahre alten Kinde zu einer schweren Störung mit Gewichtssturz, spritzenden Stühlen und Fieber, die nach Aussetzen des Salzes in Heilung überging. Mit Rücksicht auf diese und ähnliche Beobachtungen muß die Dosierung der Alkalien namentlich bei jungen Säuglingen und bei Neigung zur Diarrhöe sehr vorsichtig geschehen.

Cassel. Besprechung von Fehldiagnosen. Die Tatsache, daß unter 66 seiner Fälle nur ein einziger Knabe sich befand, spricht für

die Bedeutung einer Infektion vom Darm aus auf dem Wege der kurzen Urethra der Mädchen. Bezüglich des Verlaufs ist Cassel pessimistischer als der Vortragende, denn in seinem Material befinden sich 10 chronische Fälle (einer 7 Jahre lang). Salol scheint ihm als Medikament besser als Urotropin. Die umschichtige Medikation scheint ihm empfehlenswert. Eine lokale Behandlung ist nicht anzuraten.

Portner. Die Prognosenstellung hängt zum großen Teil davon ab, ob Pyelitis oder Pyelonephritis besteht. Die Differenzialdiagnsose ist aber oft unmöglich. Zylinder finden sich bei der schwersten Form der Pyelitis (mit miliaren Abszessen) oft überhaupt nicht. Der Eiweißgehalt sagt ebensowenig etwas aus wie der Eitergehalt. Fast kann man sagen, je eitriger der Urin, desto besser die Prognose. Auf jeden Fall müssen Nierensteine und Nierentuberkulose ausgeschlossen werden. Die Prognose der Pyelitis im Kindesalter scheint auch ihm im allgemeinen günstig.

Fraenkel. Bei seinem Beobachtungsmaterial waren 10% Knaben; als Heilungsziffer kann er die Zahl von 90% bestätigen. Auch 4 Kinder mit hämorrhagischer Pyelitis heilten gut aus.

Rosenstern. An die Pyelitis des Säuglingsalters schließt sich bisweilen eine mehr oder weniger lang dauernde Hämaturie an, allerdings nur mikroskopisch nachweisbar. 2 bis 12 Erythrozyten im Gesichtsfeld, vereinzelt Leukozyten. Die „Haematuria minima" kann Wochen und Monate dauern, ohne das Gedeihen zu stören, sie verschwindet, kann aber auch erneut wieder in Pyelitis übergehen. Differentialdiagnostisch kommt vor allem Morbus Barlow, Stein und Tuberkulose in Betracht. Die Haematuria minima findet sich nicht nur nach Pyelitis, sondern auch nicht selten während und nach anderen infektiösen Erkrankungen. Eine Neigung zur Hämaturie bleibt bestehen, so kommt es bei diesen Kindern gelegentlich der Vakzination zu Rezidiven der Hämaturie. Über den weiteren Verlauf müssen erst jahrelang fortgesetzte Versuche angestellt werden.

Czerny. Die Verfolgung des Schicksals einer großen Reihe von Kindern mit sogenannter Pyelitis an der Breslauer Kinderklinik durch Dr. Schiller deckte niemals irgend welche Folgezustände auf. Man darf daher eine vollständige und dauernde Heilung der Pyelitis annehmen. Es fragt sich, ob in den Fällen mit saurem Harn eine Pyelitis oder eine Nephritis vorliegt. Er selbst ist davon überzeugt, daß es sich um Nephritis handelt, weil in letal verlaufenden Fällen in den Nieren stets miliare Abszesse, in manchen Fällen schon makroskopisch, in anderen nur mikroskopisch nachweisbar waren. Auch die Befunde der Zystoskopie sprechen gegen einen von der Blase aufsteigenden Prozeß.

Die Pyelitis ist kein ätiologisch einheitlicher Prozeß, man darf deshalb nicht von ein und derselben Therapie in ätiologisch so verschieden liegenden Fällen gleiche Erfolge erwarten. Die Verschiedenheit in den therapeutischen Erfahrungen mag vielleicht an der verschiedenen diätetischen Behandlungsweise liegen.

Eckert. Die Prognose der Pyelitis hängt wesentlich ab von dem Vorhandensein angeborener Bildungsfehler. Bei 3 in den letzten 5 Jahren zur Sektion gekommenen Fällen in der Charité-Kinderklinik handelte es sich einmal um eine gonorrhoische Infektion, in den beiden anderen Fällen um angeborene Erweiterungen der Ureteren beziehungsweise des Nierenbeckens.

Baginsky hält die Prognose der durch Pyoceaneus bedingten Pyelitis für besonders bedenklich.

Finkelstein betont die große Bedeutung einer reichlichen Flüssigkeitszufuhr bei schwerer Pyelitis. Er hat die Überzeugung, daß systematische Wasserzufuhr die Prognose im akuten Stadium in hervorragender Weise bessert. Nur Fälle von Pyelitis mit schweren angeborenen Mißbildungen oder Fälle, die mit anderen Infektionen kombiniert waren, hat er in den letzten Jahren verloren. Schwierig ist

die Frage, ob zwangsweise gefüttert werden darf oder die Nahrung reduziert werden muß, zu entscheiden.

Langstein (Schlußwort): Die hämorrhagische Form im Anschluß an Pyelitis, die Rosenstern meinte, ist wohl anders aufzufassen, als die vom Vortragenden erwähnte. Vielleicht handelt es sich um Nierenblutungen anderer Ätiologie. Czerny gegenüber hält Langstein streng an der Scheidung zwischen Nephritis und Pyelitis fest. Die Abszesse an den Nieren sind für ihn das letzte Glied in der Kette der aufsteigenden Pyelitis. Die Klinik und therapeutischen Erfolge sprechen dafür, daß es sich nicht um Nephritis, sondern um Pyelitis handelt. Eine derartige medikamentöse Beeinflußbarkeit wie bei der Pyelitis — Abklingen der schweren akuten Erscheinung nach 8 Tagen, völlige Heilung in 90% der Fälle innerhalb 4 bis 6 Wochen — spricht nach seiner Meinung gegen den Bestand einer Nephritis.

Außerordentliche Sitzung am 10. November 1913.

1. **Cassel:** *„Zur Poliomyelitis."*

Besprechung einer Reihe von Poliomyelitisfällen, die Cassel in den letzten Monaten in Berlin beobachtet hat. Die Häufung der Erkrankungen läßt den Schluß zu, daß auch in Berlin eine, wenn auch nicht ausgedehnte Epidemie besteht. Die Übertragung der Erkrankung auf in demselben Haushalte oder in demselben Hause lebende Kinder spricht im Sinne einer Kontaktinfektion. Von den Fällen sind 3 besonders bemerkenswert, weil sie in der pontinen Form der Erkrankung auftraten, als isolierte Fazialislähmungen.

Diskussion. Bendix hat ebenfalls in den letzten 8 Jahren 8 Fälle von Poliomyelitis beobachtet. Die Kontagiosität kann nicht sehr bedeutend sein, weil die Geschwister der Erkrankten stets frei geblieben sind.

Japha berichtet über 5 Fälle im Osten Berlins. Ebenso Toby Cohn, der außerdem die Frage aufwirft, ob nicht ein Teil der früh erworbenen Fazialislähmung der Erwachsenen Poliomyelitisfälle gewesen sind.

Jürgens hat innerhalb des Krankenhauses eine Übertragung der Poliomyelitis — zur Zeit, als die Erkrankung noch nicht diagnostiziert war — auf ein benachbart liegendes Kind gesehen. Ritter hat 2 Fälle mit bulbärer Erkrankung (Schlucklähmung usw.) beobachtet. Fränkel berichtet über 2 Fazialislähmungen durch Poliomyelitis, die ganz zurückgegangen sind. Baginsky hält die Übertragungsfähigkeit der Heine-Medinschen Krankheit nicht für sehr groß.

2. **Tugendreich:** *„Zum Mongolismus."*

Demonstration einer Reihe von Fällen.

3. **Oberwarth.** *„Zum Pylorospasmus."*

Bericht über 20 Fälle (15 Knaben, 5 Mädchen). Innere Behandlung nach Ibrahim. Ernährung mit abgezogener Frauenmilch. Besonderer Wert wird auf regelmäßige Muttermilchklystiere, etwa 200 g pro die, und Darminstillationen gelegt. Bemerkenswert ist der günstige Verlauf, kein einziger Todesfall.

Diskussion. Bamberg empfiehlt die Hessche Pylorussondierung. Oswald Meyer weist auf den Zusammenhang zwischen Neuropathie und Pylorospasmus hin.

4. **Japha:** *„Kongenitale Lues."*

Viele luetische Kinder zeigen psychische und intellektuelle Anomalien. 2 Fälle mit schweren Veränderungen des Zentralnervensystems werden demonstriert. Ein Kind mit spastischer Parese im

linken Arme und schwerer spastischer Lähmung in beiden Beinen. Ein zweites mit periodischen Krampfanfällen, Absenzen, Bewegungsunfähigkeit und fortschreitender Verblödung (ähnlich der progressiven Paralyse), aber doch wohl meningoencephalitis syphilitica.

b) Vorstellung eines 8jährigen Mädchens mit syphilitischen Gelenksschwellungen, namentlich in den Kniegelenken. Hinweis auf die Häufigkeit der Gelenkerkrankungen älterer Kinder mit kongenitaler Lues.

Diskussion. Ledermann: Man muß wohl eine besondere Form der Lues annehmen, die eine Affinität zu den Nerven zeigt. Bei mehreren Fällen juveniler Tabes oder Paralyse seiner Beobachtung litt ein Teil der Eltern gleichfalls an einer Form der zentralen Lues.

5. **Langstein:** *„Über Vakzinebehandlung der Pyelitis."*

Bei einer Pyelitis, die durch das Bakterium lactis aerogenes erzeugt und ohne Erfolg innerlich behandelt war, wurde die Heilung durch die Behandlung mit Autovakzine nach 3 Injektionen erreicht.

Diskussion. Baginsky hat Erkrankungen der Harnwege durch das Bakterium lactis aerogenes bereits vor vielen Jahren beschrieben. Von der Vakzinebehandlung verspricht er sich ebenfalls Günstiges.

6. **Herbst:** *„Juvenile Dementia paralytica."*

Vorstellung zweier Fälle.

Diskussion. W. Alexander hält die juvenile Paralyse nicht für besonders selten, er hat 8 Fälle beobachtet.

7. **Finkelstein:** *a) „Halbseitiger Riesenwuchs des Schädels."*

12jähriges Mädchen, mit isoliertem hochgradigem Riesenwuchs der linken Schädelhälfte; namentlich die Knochen zeigten eine disproportionale fast an Osteom erinnernde Massenzunahme.

b) „Epidermolysis bullosa."

5jähriger Knabe mit schwerer chronischer Verdauungsinsuffizienz, Blasenausschlag, trophischen Störungen an den Nägeln, Wachstumsstillstand. (Bereits in der Maisitzung demonstriert.) Durch ein besonderes Ernährungsregime — Weglassen von Fleisch und Eiern, vegetarische fett- und kohlenhydratreiche Kost — wurde gleichzeitig mit einer Verbesserung der Verdauungsverhältnisse eine Besserung der Haupterscheinungen erzielt. Bei gelegentlicher Verschlimmerung der Darmerscheinungen kam es zum Aufflammen der Hauterkrankung.

Demonstration eines zweiten Falles von Epidermolysis mit seit Jahren bestehenden pemphigusartigen Blasen an allen Hautstellen, wo durch Reizung, durch Sekrete oder Druck der Kleidung leichte Insulte stattfinden.

Diskussion. *a)* Wallenstein: Die Ursache dieser Anomalien muß in Entwicklungsstörungen des mesodermatischen Stützgewebes liegen, entweder durch exzessives Wachstum der einen Seite oder, wie bei den von ihm beobachteten Fällen, durch Zurückbleiben im Wachstum der andern Seite. *b)* Baginsky hat ebenfalls in einem Fall von Epidermolysis einen Heilerfolg durch Entziehung des Fleisches beobachtet. Trotzdem scheint ihm der Kausalkonnex noch nicht gesichert.

8. **Baginsky:** *„Säuglingstuberkulose."*

Demonstration anatomisch-pathologischer Präparate.

Außerordentliche Sitzung am 8. Dezember 1913.

1. **Ledermann:** *„Lues congenita und Serodiagnostik."*

Auch in der Säuglingspraxis können vorübergehend bei der Wassermannschen Reaktion unspezifische Hemmungen beobachtet werden bei hochfieberhaften Erkrankungen und kachektischen Kindern. Erneuter Hinweis darauf, daß die Wassermannsche Reaktion erst gleichzeitig mit dem Eintreten klinischer Erscheinungen der kongenitalen Lues positiv wird. Ausnahmsweise — in 2 Fällen — kam es vor, daß die Mütter kongenital syphilitischer Kinder weder Zeichen von Lues noch positive Wassermannsche Reaktion aufwiesen. Bemerkenswert ist die Möglichkeit eines Wechsels zwischen gesunden und luetischen Kindern in derselben Ehe, ohne daß eine Behandlung der Eltern stattgefunden hat. Von 144 syphilitischen Kindern litten jenseits des 6. Lebensjahres die Mehrzahl an mehr oder weniger schweren Formen der Augen- und Nervenlues; insbesondere bei Erkrankungen der Eltern an zerebraler Lues.

Diskussion. Tugendreich: Mitteilung eines Falles von kongenitaler Lues, bei dem die ersten Erscheinungen erst nach 14 Lebenswochen auftraten. Die Mutter des Kindes, die als Amme fungierte, zeigte weder Erscheinungen von Lues noch positivem Wassermann.

F. Lesser hält an der wenn auch seltenen Möglichkeit der Infektion a patre und der Gesundheit der Mutter eines syphilitischen Kindes fest.

Auch Baron hat einen Fall beobachtet, bei dem die Mutter eines syphilitischen Säuglings eine negative Wassermannsche Reaktion zeigte.

Schiffer weist auf die Notwendigkeit hin, Deszendenten von Luetikern, selbst wenn sie frei von Krankheitserscheinungen und Wassermann negativ sind, bis in die Pubertätszeit zu verfolgen.

2. **Ritter:** *„Behandlung des Keuchhustens."*

Die Ätiologie des Keuchhustens ist bis heute nicht geklärt. Der Sputumausstrich zeigt immer das gleiche Bild, ganz kurze Körperchen mit abgerundeten Seitenwänden oder als gedrungenes Stäbchen, die von den einen als Diplokokken, von anderen als Influenzabazillen usw. gedeutet werden. Das Kulturverfahren und die biologischen Reaktionen haben noch nicht endgültig entschieden. Für die Behandlung leistet zweckmäßige Ernährung und Freiluftbehandlung das Beste.

Diskussion. Buttermilch. Von den gewöhnlich empfohlenen Heilmitteln scheint keinem eine besondere Wirkung zuzukommen. Auffallend ist der günstige Einfluß zweckmäßiger Ernährung, die Besserung des Keuchhustens bei aufsteigender Gewichtskurve.

L. F. Meyer weist auf den günstigen Verlauf des Keuchhustens in den Boxenstationen hin, wenn die Reize auf die Schleimhaut durch komplizierende Infektionen und ungünstige klimatische Verhältnisse ausgeschaltet sind.

Croner betont die Bedeutung der nervösen Komponente des Keuchhustens.

3. **Stettiner.** *„Säuglingschirurgie."*

Vorstellung verschiedener chirurgisch geheilter Fälle.

4. **Buttermilch:** *„Klinische Bewertung der Bakterien bei Nasendiphtherie der Säuglinge."*

16% der eingelieferten Säuglinge waren Diphtheriebazillenträger. Im Nasensekret macht die Unterscheidung zwischen echten und avirulenten Diphtheriebazillen Schwierigkeiten. Entscheidung bringt nur das Tierexperiment. Eine Schutzimpfung der nichter-

krankten Kinder ist im allgemeinen nicht erforderlich, weil der größte Teil junger Säuglinge, wie die Schickssche Intrakutanreaktion zeigt, genügend Schutzkörper in ihrem Serum haben.

Diskussion: Abelsdorff macht auf die milde Form der jetzt auftretenden Augendiphtherie aufmerksam.

Ledermann weist auf die Häufigkeit des Vorkommens von Diphtheriebazillen oder Pseudodiphtheriebazillen in dem Nasenschleim hereditär luetischer Kinder, besonders bei Koryza hin.

5. **Küchenhof:** „*Der prognostische und diagnostische Wert der Kutantuberkulinprüfung im Kindesalter.*"

Die Durchseuchung der schulpflichtigen Jugend mit Tuberkulose wird gewöhnlich zu hoch eingeschätzt. Bei 7- bis 14jährigen Berliner Ferienkolonisten, also aus den untersten Schichten des Volkes, waren nur 28% der Pirquetreaktionen positiv. Bemerkenswert ist, daß die Kinder mit „Skrofulose" nicht häufiger reagierten.

Diskussion: E. Müller fragt an, ob die Resultate nach ein- oder mehrmaliger Reaktion, eventuell nach Stichreaktion geprüft sind.

Küchenhof hat die Pirquetreaktion immer nur einmal ausgeführt.

Ordentliche Sitzung am 15. Dezember 1913.

1. **Aronsohn:** „*Experimentelle Untersuchungen über Tuberkulin und Tuberkulose.*"

Die Tuberkulinwirkung beruht nicht auf dem Vorhandensein von Antikörpern (Lysinen) in dem kranken Organismus. Die durch das Tuberkulin bewirkte Allgemeinreaktion wird zum größten Teil nicht durch eine spezifische Substanz hervorgebracht, während die Kutanreaktion durch einen besonderen, nur in den Tuberkelbazillen vorhandenen Körper verursacht wird. Tuberkulin und die meisten im Handel befindlichen ähnlichen Präparate, auch die sogenannten sensibilisierten Tuberkelbazillen, wirken nicht immunisierend. Durch schonende Extraktion aus den Tuberkelbazillen hergestellte Lösungen, die natives Tuberkeleiweiß enthalten, haben keinen immunisierenden Effekt, auch nicht, wenn neben ihnen zur Vorbehandlung die Lipoide des Tuberkelbazillus benutzt werden. Immunisierende Wirkung kommt nur den Vollbakterien zu, und zwar a) den schonend abgetöteten, b) den in ihrer Virulenz künstlich abgeschwächten, c) den von Hause aus für den betreffenden Organismus avirulenten. Durch weitere experimentelle Forschung ist zu entscheiden, welche dieser 3 Methoden für die Behandlung des Menschen zu empfehlen ist.

Diskussion: F. Meyer. Die Tuberkulinwirkung muß im Gegensatz zu der Auffassung Aronsohns auf die Anwesenheit von Antikörpern im tuberkulösen Körper zurückgeführt werden. Tuberkulin kann durch Höchster Tuberkuloseserum so entgiftet werden, daß jede Reaktion vermieden wird. Allerdings eignet sich der Mensch weniger für solche Bestimmungen als das Meerschweinchen. Wenn Meyer auch überzeugt ist, daß mit dem Tuberkulin keine Immunisierung, sondern nur eine Gewebsumstimmung zu erzielen ist, so möchte er doch nicht auf die Tuberkulinbehandlung verzichten.

Klemperer betont, daß das Tuberkulin keine immunisierende Wirkung hat. Mit der Negierung der Spezifität der Tuberkulinwirkung negiert man nicht auch den Heilwert des Mittels. Das Tuberkulin vermag die tuberkulösen Herde in Entzündung zu setzen und dadurch eventuell einen Heileffekt zu erzielen.

Bahrdt. Durch Exstirpation verkäster Herde am Meerschweinchen kann man die Tuberkulinempfindlichkeit erheblich herabsetzen.

Aronsohn (Schlußwort): Polemik gegen F. Meyer und nochmalige Betonung des Mangels einer immunisierenden Wirkung bei der Tuberkulinbehandlung.

2. **Baerthlein.** *„Zur Ätiologie des Säuglingsdarmkatarrhs."*

Bei 72 primär darmkranken Säuglingen wurden in 21 Fällen zur Ruhrgruppe gehörende Bakterien, in 7 Fällen Paratyphus-B-Bazillen und in 12 Fällen Bacterium pyoceaneum gefunden. 3 an Ruhr erkrankte Kinder wiesen außerdem noch Mischinfektionen mit Bacterium pyoceaneum auf. In 55½% der darmkranken Säuglinge waren also in den Ausleerungen pathogene Keime enthalten (dabei sind Streptokokken nicht Gegenstand der Untersuchung gewesen). Demgegenüber zeigten an anderen Affektionen erkrankte Säuglinge oder Kontrollkinder nur einmal Bakterien der giftarmen Ruhrgruppe. Die klinischen Erscheinungen der Dysenteriefälle boten ein ziemlich markantes Bild: schwerer Darmkatarrh, Abmagerung, mittelhohes Fieber. In vielen Fällen enthielt der Stuhl Blut, die Mortalität der Ruhrerkrankungen betrug 50%. Die Ruhrerreger konnten nach dem Tode der Kinder 2mal aus Milz und Galle, einmal aus der Galle und einmal aus der Milz allein, abgesehen von dem gleichzeitigen Bazillennachweis im Darminhalt, gezüchtet werden. Die Dysenteriebazillen befanden sich nicht nur, wie man bisher annahm, im Dickdarm, sondern in allen Darmschichten.

Die Darmkatarrhe mit dem Befunde von Paratyphus-B-Bazillen verliefen klinisch wie die entsprechenden Infektionen Erwachsener, zum Teil mit recht schweren Allgemeinerscheinungen und hohem Fieber und zum Teil unter einem protrahierten milden Verlauf. Bei der Sektion eines derartig erkrankten Kindes fanden sich die hauptsächlichsten Schleimhautveränderungen nicht, wie man bei einer Paratyphusinfektion erwartet, im Dünndarm, sondern im Dickdarm. Bei 3 von 4 untersuchten Fällen war die Widalsche Probe positiv.

Für die Erkrankungen mit Pyoceaneus nimmt Baerthlein direkte pathogene Wirkung des Pyoceaneus, insbesondere auf Grund der Immunitätsreaktionen (6 von 10 Fällen hatten positiven Widal) an. Auch hier werden 2 Krankheitsformen unterschieden, eine unter dem Bilde eines reinen Darmkatarrhs und eine unter dem einer stürmischen Intoxikation (Pyoceaneussepsis).

Diskussion: Baginsky, an dessen Anstaltsmaterial die Untersuchungen angestellt wurden, würdigt die Bedeutung der Befunde.

Ordentliche Sitzung am 9. Februar 1914.

1. **Bahrt:** *„Untersuchungen zur Physiologie des Saugens bei normalen und pathologischen Brustkindern."*

Vortragender hat an einer Reihe von Fällen mit sinnreicher Methodik den Saugakt normaler und sogenannter trinkfauler Brustkinder untersucht. Anzahl und Höhe der einzelnen Druckschwankungen, Druckmaximum spielen nur eine untergeordnete Rolle für die Erzielung eines ausreichenden Effektes. Maßgebend hierfür ist vor allem ein genügend hoher „Prädilektions"- oder „Vorzugsdruck", das ist derjenige Druck, der von dem Kinde während des Saugaktes immer wieder eingestellt wird oder der, einmal eingestellt, während des ganzen Vorganges fast konstant eingehalten wird. Das gesunde Kind reguliert diesen Druck nach der von der Brust geforderten Höhe; bei dem trinkfaulen, dessen Saugtypus als solcher nichts Charakteristisches zeigt, ist vor allem diese Anpassung gestört. Dagegen zeigen diese Kinder oft gute Muskelleistungen. Daraus geht mit Wahrscheinlichkeit hervor, daß die Trinkfaulheit nicht muskularen Ursprunges ist, sondern daß sie in einem ungenügenden Funktionieren des komplizierten Saugreflexmechanismus ihre Ursache hat.

2. **F. Lesser.** „*Über familiäre Syphilis*", zugleich ein Beitrag zur Keratitis parenchymatosa.

In 38 Fällen von Keratitis parenchymatosa fiel die W. R. nur 3mal negativ aus und von diesen zeigen noch 2 die Kutanreaktion auf Syphilis mit syphilitischen Organextrakten. Nur einmal bot sich kein Anhaltspunkt für Lues. Die Spirochäten sind für die Keratitis nur insofern verantwortlich zu machen, als sie eine luetische Gefäßveränderung hervorrufen, die die normale Ernährung der Hornhaut stört und so sekundär zu Hornhauttrübung führt. Durch antisyphilitische Kuren wird die Keratitis nur wenig beeinflußt und eine Erkrankung des zweiten Auges fast niemals verhindert.

Die klinische und serologische Untersuchung von 35 Familien, denen die Keratitiserkrankten entstammten (30 Väter, 31 Mütter, 89 Kinder) ergab folgendes: 21mal stammte die Syphilis vom Vater, 2mal von der vor der Ehe infizierten Mutter, 7mal blieb es fraglich, ob die Väter an der Syphilis mitbeteiligt waren. 4 von den 20 Vätern litten an Tabes und Paralyse, von 31 Müttern wußten nur 4 etwas von einer Infektion, 12 reagierten Wassermann positiv, 8 negativ. Von den 89 untersuchten Kindern waren 32 gesund bei negativer W. R. 57 syphilitisch, davon 29 mit Stigmata kongenitaler Syphilis.

In 17 Fällen war die Keratitis, die durchschnittlich erst im 10. Lebensjahr auftrat, das erste und einzige Symptom der angeborenen Syphilis. Vortragender schließt daraus, daß doppelt soviel syphilitische Kinder geboren werden, als sich in den ersten Jahren als syphilitisch herausstellen.

Das Gesetz von der Abschwächung der Intensität der kindlichen Lues proportional der Reihenfolge der Geburten ist falsch. Kinder mit bald nach der Geburt auftretenden Erscheinungen wechselten regellos mit ein Jahrzehnt und länger latent syphilitischen Kindern. Selbst gesunde und syphilitische Kinder können regellos wechseln. Solange die Wassermannsche Reaktion der Mütter positiv ist, besteht die Gefahr eines Überganges der Syphilis auf das Kind. 7mal fand dieser Übergang noch nach 6- bis 12jährigem Bestehen der mütterlichen Syphilis statt. Die positive Wassermannsche Reaktion der Väter ist weniger verhängnisvoll für die Nachkommenschaft.

Diskussion: Finkelstein wendet sich gegen die Auffassung des Vortragenden, daß die Keratitis parenchymatosa die erste Erscheinung der kongenitalen Syphilis sei. Die syphilitischen Erscheinungen im Säuglingsalter können so geringfügig sein (kleiner Milztumor, isolierte Kubitaldrüsen, geringfügige Flecke auf den Fußsohlen, diffuse Rötung der Fußsohlen), daß sie leicht übersehen werden können, und diese unscheinbaren Formen sind nicht etwa selten. Man kann sich deshalb erst dazu entschließen, eine Lues tarda anzunehmen, wenn diese Kinder im Säuglingsalter dauernd unter schärfster Kontrolle gewesen und symptomfrei geblieben sind. Durch gründliche Behandlung der so unscheinbar erkrankten Fälle im Säuglingsalter wird man möglicherweise das Auftreten der Spätmanifestationen verhüten können.

Cassel bespricht den Ausfall der Wassermannschen Reaktion bei den Müttern luetischer Kinder. Die alte Streitfrage, ob die Mütter syphilitischer Kinder selbst syphilitisch sind, kann auch mittels der Wassermannschen Reaktion nicht entschieden werden.

W. Alexander. Bei einer Reihe von Paralyse- und Tabesfällen im Kindesalter fand auch er Keratitis parenchymatosa, von einer Abschwächung des syphilitischen Virus nach einer Reihe von Geburten hat auch er sich nicht überzeugen können. Regellos wechselte in seinen Fällen Gesundheit und Krankheit der Kinder. Demonstration von Fällen mit kindlicher Paralyse.

Ritter. Der Ausfall der Wassermannschen Reaktion gibt eine große Sicherheit bei der Abgabe von Ammen. In 3 Fällen reagierte die Mutter positiv und das Kind negativ.

Ledermann. Die Keratitis parenchymatosa ist auch nach seiner Erfahrung selbst bei guter Beobachtung bei Kindern das erste Symptom der kongenitalen Syphilis.

Lesser (Schlußwort): Die positive Wassermannreaktion der Neugeborenen ist Beweis für die bereits in utero stattgefundene Injektion des Kindes, die möglicherweise erst sehr spät zu Rezidiven führt. Eine spontane Ausheilung der von der Mutter erworbenen Syphilis muß angenommen werden, weil die Mütter syphilitischer Kinder gleich nach der Geburt in 100%, 10 Jahre später aber in einem viel geringeren Prozentsatz Wassermannsche Reaktion zeigen.

3. **R. Hamburger.** *„Zur Vakzinebehandlung der kindlichen Gonorrhöe."*

21 Mädchen mit Vaginalgonorrhöe wurden im Kaiser-und-Kaiserin-Friedrichs-Krankenhaus mit Gonokokkenvakzine behandelt, 16 davon außerdem auch lokal. Benutzt wurde hauptsächlich Arthigon und gleichwertige im Hause gewonnene Vakzine. Zahl der Injektionen 8 bis 10, Menge 0·1 bis 1 cm^3, in Abständen von 4 bis 5 Tagen, intramuskuläre Injektionen. Das Resultat der Behandlung war negativ, teilweise kam es zur Vermehrung des Ausflusses. Bei 5 Kindern, die mit Leibschmerzen eingeliefert wurden, war nach der Injektion eine Druckschmerzhaftigkeit der Adnexgegend festzustellen. Alleinige Vakzinebehandlung der Vulvovaginitis bei Kindern erwies sich als absolut unzureichend, die Unterstützung der Lokalbehandlung durch Vakzinierung als unwesentlich.

Diskussion: Eckert hat von der Heubnerschen Behandlung der Gonorrhöe (Hochlagerung des Beckens, Auftröpfelung von Protargollösung in die Scheide) noch die besten Erfolge gesehen.

Erich Müller. Die Verwendung von Arthigoninjektionen schien ihm in einigen Fällen Erfolge gebracht zu haben.

Czerny hat die Vakzinebehandlung wieder aufgegeben, weil sie keine Besserung brachte. Er hat den Eindruck, daß die unbehandelte und nur sauber gehaltene Gonorrhöe nicht länger andauert als die mit den verschiedenen Methoden behandelte. Wenn man überhaupt eine Gonorrhöe als erloschen ansehen darf, ist kaum zu sagen, sie kann viele Jahre dauern. Am ehesten erlischt wohl die Gonorrhöe im Säuglingsalter, wenn sie z. B. bei der Geburt akquiriert ist.

Baginsky erinnert an die ungeheure Infektionsfähigkeit der Gonorrhöe, wie man sie z. B. in amerikanischen Krankenhäusern kennen gelernt hat. Die Schmerzhaftigkeit im Leib, die nicht selten bei den Kindern mit Gonorrhöe auftritt, beruht auf den Adnexerkrankungen. Die Vakzinetherapie ist jedenfalls ohne Erfolg.

Ordentliche Sitzung am Montag den 9. März 1914.

1. **W. Zielinsky:** *„Demonstrationen aus der zahnärztlichen Orthopädie,"*

durch die gezeigt wird, daß ungünstige Kieferstellungen eine Stenosierung der Weichteile des Mundes, eine Erschwerung der Atmung hervorbringen können. Unter Umständen wird durch den Prognatismus ein adenoider Typus vorgetäuscht, der durch geeignete orthopädische Maßnahmen (Vorstreckung des Unterkiefers beziehungsweise Redressierung des Oberkiefers) mit Erfolg behandelt werden kann.

2. **von Bokay:** *„Über eine ungewöhnliche Lokalisation der Diphtherie."*

In 2 Fällen kam es in Anschluß an diphtherischen Schnupfen des Säuglings zu einer tumorartigen Schwellung auf den oberen Alveolarrändern. Die Schwellung schien durch Hämorrhagien entstanden, bedeckte in kongruenter Weise beide Alveolarränder des Oberkiefers,

fühlte sich schwappend an und erinnerte an die ödematöse Schwellung einer entzündeten Nasenmuschel. Die Aufklärung dieser Veränderung war zunächst schwierig, man konnte an eine Barlowsche Erkrankung denken. Nach einigen Stunden verwandelte sich das tumorartige Gebilde in eine dicke diphtherische Membran, die dem Oberkiefer aufsaß. Die anatomische Untersuchung sowohl als die bakteriologische erwiesen die diphtherische Natur der Membran.

3. **A. Czerny.** *„Die paravertebrale Pneumonie der Kinder."*

Die paravertebrale Pneumonie findet sich bekanntlich bei Ernährungsstörungen, bei Rachitis und nach Masern. Über die Genese derselben wurden 3 verschiedene Theorien aufgestellt 1. Die p. P. entsteht infolge der Herabsetzung der Immunität durch die Nährschäden; die Richtigkeit dieser Entstehungsart ist nicht zu erweisen.

2. Die paravertebrale Pneumonie entsteht durch eine Infektion von der geschädigten Darmwand aus (ähnlich der Pneumonie nach eingeklemmten Hernien). Die Durchlässigkeit des Darmes in diesen Zuständen und der Befund der Bakterien in den affizierten Lungengebieten sind erwiesen, aber der pathologisch-anatomische Nachweis eines embolischen Ursprunges ließ sich nicht erbringen.

3. Die paravertebrale Pneumonie tritt sekundär in der Peripherie von Blutungen auf, in denen keine Mikroorganismen nachgewiesen werden können. Die hypostatischen Blutungen sind nach Bartenstein und Tada die Vorbedingungen für die Pneumonie. Erstes Symptom der hypostatischen Blutung ist das durch die Steigerung des Blutgehaltes und das gleichzeitige Ödem erfolgende Volumen Pulmonum auctum; im klinischen Bilde wird zu dieser Zeit feines Knistern wahrgenommen.

Die paravertebrale Pneumonie steht im engen Zusammenhang mit der Ernährungsstörung, das beweist die Abnahme ihrer Häufigkeit mit den Fortschritten der Ernährungstechnik. Die Ernährungsstörung führt zur paravertebralen Pneumonie auf dem Wege über die Alteration des Zwerchfelles, das eine Stütze im abdominalen Druck braucht. Sowohl bei Meteorismus als auch ganz besonders bei den pathologischen Senkungen des intraabdominalen Druckes kommt es infolge falscher Zwerchfellstellung zu den Vorbedingungen der paravertebralen Pneumonie, zu den Störungen im Lungenkreislauf. Durch die Verbesserung der Ernährungstechnik und die Vermeidung der Inanition werden die abnormen Verhältnisse im intraabdominalen Druck vermieden, die Ernährungserfolge gebessert und die Entstehung paravertebraler Pneumonien verhütet.

Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde zu Wien (Pädiatrische Sektion).

Berichterstatter **Schick,** Wien.

Sitzung am 6. November 1913.

1. **H. Koch:** *„7jähriges Mädchen mit einem rasch entstandenen Knochendefekt des Schädels (Gumma?)."*

Vor 5 Monaten klagte Patientin beim Kämmen über Schmerzen am Kopf. Ein Monat später wurde eine weiche Geschwulst am vorderen Teil des behaarten Kopfes bemerkt, die in 3 Wochen hühnereigroß wurde und aufbrach. Es entleerte sich dünnflüssiges Sekret. Jetzt findet sich ein deutlicher 5-kronenstückgroßer Defekt im Knochen. Wassermann und Tuberkulinreaktion negativ. Im Röntgenbilde,

das von *Schüller* besprochen wird, sieht man einen 4 cm großen Defekt mit scharfen, wellig verlaufenden Rändern wie bei einem Hämangiom.

2. **H. Koch:** „*Lupus vulgaris im Anschluß an Masern.*"

4 Jahre alter Knabe. Nach den Masern entwickelte sich ein aus braunroten Effloreszenzen zusammengesetzter Ausschlag, der aus einzelnen Knötchen zusammengesetzt ist. Einzelne Effloreszenzen haben verrukösen Charakter. Daneben besteht ein Gibbus und Tuberkulose des linken Nebenhodens.

3. **Gertrude Bien:** „*11jähriges Mädchen mit primärem chronischen Gelenksrheumatismus und Parotitis.*"

Seit 5 Monaten multiple Gelenksentzündungen namentlich in den Gelenken der oberen Extremitäten. Daneben treten an den Streckseiten derselben Erytheme auf. Tuberkulinproben negativ. Vor 14 Tagen trat Schwellung der linken, vor 2 Tagen auch der rechten Parotis auf. Diese Schwellung hielt 14 Tage an, geht jetzt allmählich zurück (chronische Parotitis?).

4. **K. Leiner:** „*a*) *2 Jahre altes Kind mit Psoriasis discoidea.*"

Seit einem halben Jahre traten an den unteren Extremitäten, am Genitale, an der Analfurche scharf umschriebene über das Hautniveau leicht erhabene, düster rote Scheiben auf. Diese zeigten silberglänzende Schuppen, nur jetzt sind die Effloreszenzen durch einen interkurrenten Impetigo etwas verändert.

b) „*2 Monate alter Säugling mit morbillös ähnlichem Exanthem.*"

Zum Unterschied von Masern sind die Effloreszenzen makulös und nicht makulopapulös, es fehlen alle charakteristischen Erscheinungen von Seite der Schleimhäute, es besteht kein Fieber. Abheilung in wenigen Tagen, fast regelmäßig bestehen dyspeptische Erscheinungen.

5. **H. Salzer:** „*Innere Verletzungen nach Überfahrenwerden.*"

Die 3 vorgestellten Fälle sind deshalb interessant, weil sie zeigen, daß die Diagnose der Verletzungen sehr schwierig und die Folgen manchmal erst längere Zeit nach dem Unfall zu Eingriffen Veranlassung geben.

1. 6jähriger Knabe von einem Kistenwagen überfahren. Bei der Untersuchung bloß beiderseits Flankendämpfung und leichte Druckempfindlichkeit des Abdomens. Bei der Operation findet sich Querdurchreißung des Jejunums 10 cm von der Flex. duodenojejunalis und Entblößung des Darmstückes auf 10 cm von seinem Mesenterium. Resektion des Darmstückes. Heilung.

2. 8jähriger Knabe von einem Einspänner überfahren, Spitalsbeobachtung durch 8 Tage, dann Entlassung. 11 Tage später wegen häufiger Bauchschmerzen wieder eingeliefert. Bei der Untersuchung findet man zwischen Milz, Nabel und Proc. xyphoides einen zystischen, kindsgroßen Tumor, darüber gedämpfter Schall. Wegen Zunahme des Tumors Operation. Bei der Operation erwies sich der Tumor als traumatische Pankreaszyste.

3. 8jähriges Mädchen von einem Wagen überfahren. Unmittelbar nach der Verletzung wurde komplizierte Fraktur des linken Vorderarmes nachgewiesen und eine druckempfindliche Resistenz in der linken Flankengegend. Diese war 5 Tage später verschwunden. 24 Tage nach der Verletzung plötzlich heftige linkseitige Bauchschmerzen, in der linken Flanke ein prall elastischer Tumor zu tasten. Operation ergibt seröse Zyste, wahrscheinlich aus einem perinephritischen Hämatom hervorgegangen.

6. **Artur Goldreich:** „*3 Wochen altes Kind mit partiellem Riesenwuchs.*"

Beträchtliche Volumsvermehrung der ganzen rechten unteren Extremität mit normaler (röntgenologisch geprüfter) Struktur des Knochens. Rechter Oberschenkel um 1·5, der rechte Unterschenkel um 1 cm länger. Die Knochen, die Muskulatur und das Fett ist auf dieser Seite voluminöser.

Diskussion: Swoboda weist auf die Häufigkeit der Kombination mit Naevus der befallenen Körperhälfte hin. Für die Prognose ist der Umstand wichtig, daß das Mißverhältnis zwischen beiden Körperhälften sich mit der Zeit vollständig ausgleichen kann. Spitzy hat 2 derartige Fälle gesehen. Der eine, ein typischer partieller Riesenwuchs betraf die eine untere Extremität und war mit einem großen Naevus in der Glutäalgegend kombiniert.

7. **Fritz Magyar:** „*Impetigo circinata bei einem* $5^1/_2$ *Monate alten Säugling.*"

An der linken Körperhälfte, scharf an der Medianlinie abschneidend, fanden sich ad nates und dem obersten Anteil des Oberschenkels zart rot umränderte sehr dichtstehende Bläschen, die an Herpes zoster erinnerten. 8 Tage später ist das Bild in der Weise verändert, daß sich an Stelle der Blasen kreisrunde rote Flechen vorfinden zum Teil noch krustös bedeckt. Daneben finden sich am Körper zerstreut Impetigopusteln.

Nobel hält die Affektion für eine Kombination von Pemphigus infantum mit der ätiologisch und morphologisch zugehörigen klinischen Erscheinungsform der Impetigo contagiosa, wobei die zirzinäre Anordnung besonders bemerkenswert ist.

8. **Fritz Magyar:** „*Mikrozephalie bei einem* $5^1/_2$ *Jahre alten Knaben.*"

Körperlänge 91 cm (— 16 cm), Gewicht 19 (— 7·1 kg), Kopfumfang 36 cm (!), Haltung und Benehmen des Knaben affenartig, Kopf leicht vorn übergeneigt, die oberen Extremitäten im Ellbogengelenk leicht gebeugt, O-Beine mit breitspuriger Stellung, Reflexe gesteigert. Geistig stark zurückgeblieben, spielt nie allein, muß meist gefüttert werden. Spricht nur wenige unartikulierte Laute. In der Literatur sind Fälle bekannt, die das 30. Lebensjahr erreichten.

9. **Mayerhofer:** „*2 Fälle von sogenannter Sklerodermie der Neugeborenen.*"

2 gesunde Brustkinder zeigen in den ersten Lebenswochen (wahrscheinlich schon bald nach der Geburt beginnend) diffuse Hautveränderungen im Sinne einer teils herdförmigen, teils diffusen Verhärtung mit strangförmigen Ausläufen namentlich im Bereich des Rückens, des Gefäßes, der Oberarme und Oberschenkel. Anfänglich war auch die Haut stellenweise bläulich verfärbt. Allmählichspontane Rückbildung, keine Schmerzen, keine Störung des Allgemeinbefindens. Pirquet und Wassermann negativ. Bis jetzt sind 6 derartige Fälle beschrieben, die ersten von Cruse. Ätiologie unbekannt (Trauma, Temperatureinflüsse?). Histologischer Befund ebenfalls unbekannt.

10. **Josef Friedjung:** „*Einige strittige Fragen aus der Lehre von den Masern.*"

Erörterung der Frage der Immunität, der Inkubationsdauer, des Masernrezidivs oder der wiederholten Erkrankung. Immunität ist fast absolut. Friedjung kennt 3 sichere Fälle von Wiedererkrankung. Daneben gibt es eine temporäre Immunität. (Geringe Menge des Infektionserregers?) Die Inkubationsdauer ist bis zum Exanthemausbruch konstant, doch gibt es Überschreitungen (— 21 Tage).

Friedjung verlangt strenge Kriterien bei Publikation wiederholter Masernerkrankung. (Erscheint ausführlich in der Wiener med. Wochenschrift.)

Diskussion: Hochsinger und Pollak betonen die Möglichkeit, wenn auch Seltenheit, einer zweimaligen Masernerkrankung auf Grund eigener Beobachtung. Masernrezidive hat Hochsinger niemals gesehen. Von einem allgemeinen Gesetz über die Inkubationszeit kann man schwer sprechen, da die Prodromalerscheinungen, die doch schon dem Beginn der Erkrankung entsprechen, von ungleicher Dauer sind, insbesondere bei Masern Erwachsener sind sie länger dauernd.

Swoboda bemerkt, daß es temporäre Immunität gegen Masern gibt, die aber oft nur scheinbar ist, wenn die Qualität des übertragenen Masernvirus zur Infektion nicht hinreicht. Einzelne eigene Beobachtungen sprechen dafür, daß Säuglinge, welche während der Inkubation und Masernerkrankung der Mutter von dieser gestillt werden, eine temporäre oder dauernde Immunität erwerben. 3 Schwestern (Frauen) erkrankten an Masern. Im Anschluß daran erkrankten alle Kinder dieser Frauen bis auf einen 4 Monate alten Säugling, welcher während der Erkrankung der Mutter weiter gestillt wurde. Auch bis jetzt hat dieses Kind (6. Lebensjahr) noch keine Masern akquiriert.

Swoboda beobachtete in einem Falle Fieber vom Tage der Ansteckung bis zum Exanthem. Die Feststellung der Inkubationszeit ist schwierig. Am besten eignen sich in der guten Privatpraxis die sogenannten Jausenfälle (Kindergesellschaften). Wiederholte Masernerkrankung hat er nie beobachtet, Masernrezidiv einmal.

Schick beobachtete einen Masernfall, der mit Angina und regionärer Drüsenschwellung begann; 3 Geschwister wurden trotz unterlassener Isolierung nicht infiziert. Im nächsten Jahr erkrankten die anderen 3 nichtdurchmaserten Geschwister an Masern, das Kind, das im Vorjahre die atypischen Masern gezeigt hatte, erkrankte jedoch nicht. Vielleicht unterblieb die Ansteckung im ersten Jahre wegen der atypischen Einbruchspforte des Virus. Manche Fälle von temporärer Immunität konnten auf ähnliche Weise erklärt werden.

Sitzung vom 20. November 1913.

1. **C. Eggert:** „*Ein Fall von angeborener Sklerodermie.*"

Das Kind, jetzt 6 Monate alt, zeigt keinerlei Symptome anderer Erkrankungen. Schon bei der Geburt bestanden analoge Veränderungen an der rechten Wange und an beiden Oberarmen wie bei den von Mayerhofer demonstrierten 2 Fällen. Die Veränderungen charakterisieren sich als scharf umgrenzte plaqueartige Verdickungen von auffallender Derbheit. Das Kind fühlte sich dabei vollkommen wohl. Die Veränderungen gingen auch ohne jede Therapie zurück. In der Diskussion bemerkt Mayerhofer, daß der vorgestellte Fall der erste sei, bei dem schon bei der Geburt die Veränderungen vom Arzte konstatiert wurden, während alle anderen Fälle erst später zur Diagnosenstellung kamen.

2. **J. Meisels:** „**10** *Tage altes Kind mit kongenitaler Struma und fraglicher Thymushyperplasie.*"

Letztere wird aus einer bestehenden Dämpfung über dem Sternum erschlossen. Spitzy berichtet, daß derartige Fälle von Struma, die er in der Grazer Klinik häufig beobachten konnte, ihre Atembeschwerden verloren, wenn der Isthmus der Schilddrüse durchgetrennt wurde. Eingreifende Operationen waren in der Regel nicht notwendig.

3. **Fritz Magyar:** „*Pemphigus vulgaris chronicus bei einem* **13** *Jahre alten Knaben.*"

Reichliche wiederholt rezidivierende Eruption von zuerst wasserhellen, später sich trübenden Blasen, deren Decke nach wenigen Tagen einriß. Diese Stellen trocknen allmählich ein und heilen ab. Keine Störung des Allgemeinbefindens. Therapie war bisher ohne Erfolg. (Behandlung seit mehreren Jahren.)

4. **Fritz Magyar:** „**2** *Fälle von Gonitis luetica bei hereditär luetischen Kindern.*"

Beide Fälle (10 Jahre alter Knabe, 7 Jahre altes Mädchen) zeigen symmetrische, nicht schmerzhafte Schwellung beider Kniegelenke, die längere Zeit erfolglos mit Salizylpräparaten behandelt wurden. An Symptomen hereditärer Lues sind nachweisbar olympische Stirne, leichte Sattelnase, geringe Verdickung der Tibien, Wassermann. Fälle von Gonitis luetica pflegen häufig mit Keratitis parenchymatosa vergesellschaftet zu sein. Eine solche ist nur bei dem Mädchen in der Anamnese angegeben. Fiebersteigerungen fehlen.

5. **R. Buchwald:** „**2** *Fälle hereditärer Lues, auf Grund luetischer Endarteritis.*"

1. Spastische Parese der rechten oberen und unteren Extremität, Wassermann positiv.
2. Säugling mit Atrophia nervi optici. Defekt des Nasenseptums.

6. **A. Goldreich:** „*Bromoderma tuberosum.*"

Der Knabe erhielt wegen Epilepsie Brom in Form von Sedobrol bei kochsalzarmer Diät. Sehr bald traten Akneknötchen auf und es entwickelte sich am linken Unterschenkel ein schmerzhaftes, eigentümlich wabenartiges Infiltrat. Auf Kochsalzzufuhr innerlich und äußerlich (Umschläge) Rückgang der Hautaffektion. Nach Bromcalcium neuerlich Rezidive der Erkrankung. Die chronische Bromintoxikatoin dürfte nach Untersuchungen von Januschke u. a. auf Chloridverdrängung beruhen.

Januschke erwähnt, daß seine Untersuchungen sich nur auf den Bromismus im Nervensystem bezogen haben. Ob die Hauterscheinungen auf dieselbe Weise zu erklären seien, ist noch nicht entschieden. Die Bromintoxikationerscheinungen treten sehr leicht bei kochsalzarmer Diät auf. Es bildet sich dann ein Bromdepot im Organismus, das erst durch große Mengen von Kochsalz aus dem Körper entfernt werden kann.

Zappert weist auf die gute Toleranz der Kinder für Brom hin. Hauterscheinungen sind selten.

Januschke betont, daß Kinder sehr leicht Bromismus bekommen. Das hängt von der Ernährung ab. Bei kochsalzarmer Ernährung bekommen auch Kinder sehr leicht Erscheinungen von Bromismus.

7. **Edmund Nobel:** „*Paroxysmale Hämoglobinurie.*"

Das 11 Jahre alte Mädchen zeigt durch Kältewirkung auslösbare Anfälle, die mit Zyanose der Extremitäten, Schüttelfrost, Übelkeit beginnen. Temperatur steigt an, Patientin entleert tintenschwarzen Harn. Der Anfall ist von kurzer Dauer. Die Mutter gibt an, daß warme Fußbäder oder Sitzen neben dem Ofen die Beschwerden lindern. Donath-Landsteinerscher Versuch positiv. Von luetischen Symptomen bestehen olympische Stirne, Hutchinsonsche Zähne, positiver Wassermann. Antiluetische Behandlung ist eingeleitet. Über Vorschlag von Falta wird auch Cholesterinbehandlung versucht werden.

8. **Edmund Nobel:** „*8 Jahre altes Mädchen mit Aneurysma spurium der Bauchaorta. (Art. iliaca?).*

Das Mädchen erlitt vor einem Jahre einen Unfall, indem es von einem Spielkameraden in die linke Bauchseite geschossen wurde. Die Schußverletzung heilte aus, die Kugel verblieb in der Rauchhaut und läßt sich auch heute noch links vom Nabel nachweisen. Patientin hatte davon keine Beschwerden. Vor wenigen Tagen, angeblich im Anschluß an eine Verletzung in der Turnstunde, plötzlich schwere Erscheinungen, Erbrechen, blutige Stühle, hohes Fieber, peritoneales Bild, das anfänglich nicht mit der Verletzung des Vorjahres in Zusammenhang gebracht wurde. Man dachte an einen infektiösen Darmprozeß. Die blutigen Stühle sistierten bald, das Fieber sank ab. Patientin sieht wohl sehr stark anämisch aus. Man tastet namentlich in der linken Bauchhälfte ein lautes systolisches Schwirren, ebenso auch am Rücken und r e k t a l.

9. **Edmund Nobel:** „*17 Monate altes Kind mit geheilter chronischer Pneumonie.*"

Heilung innerhalb $3^1/_2$ Monaten. Tuberkulose konnte durch den negativen Ausfall der Tuberkulinproben (auf 1 mg intrakutan negativ) ausgeschlossen werden.

10. **Valerie Nadel:** „*11jähriger Knabe mit Vorhofflimmern und Arhythmie.*"

Der 11jährige Leopold H. leidet an einem rezidivierenden Gelenksrheumatismus und im Anschluß daran an einem Mitralfehler mit bedeutender Herzdilatation. Die oft auftretenden Kompensationsstörungen konnten immer wieder therapeutisch günstig beeinflußt werden. Dazwischen normale Elektrokardiogramme, nur Verbreiterung und Vergrößerung der Vorhofszacke und Verlängerung der Überleitungszeit auf 0·2". Einmal bestand durch Kumulativwirkung eines Digitalispräparates eine Überleitungsstörung in Form des Halbrhythmus, wiederholt aber Extrasystolen, meist als Bigeminie, wodurch ein Pulsfrequenzabfall auf die Hälfte vorgetäuscht wurde. Einmal bestand auch vorübergehend Vorhofflimmern, mit Kammerautomatie. Jetzt besteht Vorhofflimmern mit Pulsus irregularis perpetuus verbunden, daneben noch Extrasystolen. Frequenz der Vorhofflimmerbewegungen 330, des Ventrikels ohne Extrasystolen 66, des Ventrikels mit Extrasystolen 74. Diese Bradykardie erklärt sich aus einer Schädigung der Reizleitung. Die fehlenden Nachschwankungen weisen auf schwere Myokarddegeneration hin. Die Extrasystolen gehen vom Basisanteil des linken Ventrikels aus, was aus ihrer Form in den 3 Abteilungen zu schließen ist.

J a n u s c h k e bemerkt, daß bei dem Knaben Herzerscheinungen mehrmals durch Digalen und Diuretin hervorgerufen wurden (Überdosierung).

11. **v. Reuss:** „*Abgang von membranösen Schleimmassen mit dem Mekonium.*" (Fötale Enteritis membranacea.)

Das Mekonium war mit reichlichen Schleimmassen versetzt. Das allgemeine Befinden des Kindes war durch diese Störung vollständig unbeeinflußt.

S i t z u n g v o m 4. D e z e m b e r 1913.

1. **G. Weinländer:** „*Erythema multiforme bullosum in Pemphigus übergegangen.*"

Das Mädchen zeigte anfangs nur an den erythematösen Stellen Blasenbildung, später auch auf normaler Haut. Im Beginn der Er-

krankung hohes Fieber. Daneben leidet Patient an rezidivierendem Gelenksrheumatismus mit Vitium.

2. **Knöpfelmacher** und **Hahn**: *„Heimkehrfälle bei Scharlach."*

Die Zahl der Heimkehrfälle (Infektion von Familienmitgliedern durch entlassene Rekonvaleszenten) nimmt bei genauen Erhebungen zu. So betrug die Zahl der Heimkehrfälle im Karolinen-Kinderspital 6 bis 10%. Die Rekonvaleszenten übertragen die Erkrankung als „Virusträger". Dieses Virus ist entweder das der eigenen Erkrankung oder, was viel häufiger vorkommen dürfte, Virusmaterial, welches von neuen, in die Scharlachabteilung aufgenommenen Fällen entstammt. Das Virus dürfte an unzugänglichen Orten zu suchen sein (Nasenrachenraum). Die einfache Isolierung der scharlachkranken Kinder durch 6 Wochen genügt also nicht. Es werden eigene Rekonvaleszentenzimmer oder Isolierung in Boxen empfohlen.

Sitzung vom 8. Jänner 1914.

1. **v. Reuss** und **M. Zarfl**: *„Chronische Laktosurie seit der Geburt."*

Das jetzt 3 Monate alte Kind war bei der Geburt 2250 g schwer, schwächlich, was vielleicht mit einer tuberkulösen Erkrankung der Mutter zusammenhängt. Am 3. Tage Melaena, die ausheilte. Das Kind zeigt nur allmähliche Zunahme bei Frauenmilchernährung und scheidet andauernd Laktose aus.

2. **B. Sperk**: *„Morbus Barlow."*

Ätiologisch unklarer Fall mit typischem röntgenologischen Befund an den Oberschenkelknochen. Ernährung mit den üblichen Milchmischungen. Seit wenigen Tagen Kohlehydratzufuhr in Form von Nährmehlen. Das Kind ist stark untergewichtig, stammt von einer tuberkulösen Mutter, weist aber bis jetzt noch keine Zeichen von Tuberkulose auf.

3. **Rossiwall**: *„Pyämische Hauterscheinungen nach Scharlach."*

Die bei der Demonstration schon in Rückbildung begriffenen Effloreszenzen erinnerten in ihrem Aussehen außerordentlich an Tuberkulide. Die histologische Untersuchung ergab aber einfach entzündliche Veränderungen.

4. **H. Januschke**: *„Kardialer Hydrops verbunden mit Aszites aus zirrhotischer Grundlage."*

Der 5jährige Knabe kam schwer dekompensiert mit allgemeinem Hydrops zur Aufnahme.

Am Herzen 3teiliger Rhythmus, Dilatation. Die allgemeinen Ödeme gingen auf Digifolinbehandlung (subkutan 3mal täglich 0·1) schön zurück. Der Aszites blieb jedoch bestehen. Die Leber ist als außerordentlich harter Tumor stark vergrößert zu tasten. Anamnestisch konnte diese Zirrhose mit durchgemachten Infektionskrankheiten (Scharlach, Diphtherie) zusammenhängen oder auf Alkohol zurückzuführen sein, da Patient vor 3 Jahren zur Stärkung durch ein halbes Jahr täglich ½ Liter schwarzes Bier bekam. Unter der Annahme einer hepatogenen Ätiologie der Stauung in den Lymphbahnen wurde Kalomel als Diuretikum verabreicht, da nach Fleckseder die Resorption der Darmsekrete von den Lymphwegen durch Abdichtung der Lymphwege in die Blutbahn ablenkt. Die in das Blut gelangte Flüssigkeit läuft sozusagen in der Niere über. Die Kalomeltherapie setzt eine gewisse Funktionstüchtigkeit des Herzens und der Niere voraus. Im vorliegenden Falle führte die Therapie zu einem vollkommenen Erfolge.

5. **H. Mautner:** *„Chronische Bronchitis durch eine bisher nicht beschriebene Moniliaart bedingt."*

5jähriges Mädchen mit negativer Tuberkulinreaktion litt an fieberhafter, chronischer Bronchitis mit eigentümlich malachitgrün gefärbtem Sputum. In diesem fanden sich soorähnliche Pilze. Die Züchtung des Pilzes gelang leicht. Er unterscheidet sich deutlich von dem gewöhnlichen Soorpilz (vergärt z. B. Zucker). Bei Tieren wurde Knötchenbildung in der Niere beobachtet. Die Ätiologie der Erkrankung ist nicht sicher festgestellt. Möglicherweise kam die Infektion durch Spielen mit einer Turteltaube zustande.

6. **Fröschels:** *„Das Wesen des Stotterns."*

Das Stottern hat einen chronischen oder tonischen Charakter. Bei ersterem wird eine Silbe oder ein Wort mehrmals wiederholt. Beim zweiten wird die Aussprache der Silbe oder des Lautes verlängert. Bei normalem Sprechen erfolgt die Einatmung rasch und die Ausatmung langsamer, beim Stottern ist die Ausatmung unregelmäßig und der Kranke verschwendet dabei viel Atemluft. Im Beginn des Stotterns ist noch keine Atemstörung vorhanden. Ein charakteristisches Kennzeichen des echten Stotterns ist eine Aufblähung der Nasenflügel. Die meisten Stotterer können flüsternd oder singend normal sprechen. Fröschels kennt einen schweren Stotterer, der Volkssänger ist. Manche Stotterer zeigen Mitbewegungen in anderen Muskeln (Augenmuskeln, Sprechwerkzeuge). Im letzteren Falle werden Laute, Silben oder Worte in die Rede eingefügt. Häufig findet man Fazialisphänomen. Das initiale Stottern bei Kindern ist eine sensorische Erkrankung. Es fehlt der Ausdruck oder der Gedanke bei vorhandener Sprechlust. Analog verhält sich das Verlegenheitsstottern bei Erwachsenen. Das Stottern ist zuerst klonisch. Es wird erst tonisch durch Bemühung des Patienten, das Stottern zu überwinden.

Sitzung vom 22. Jänner 1914.

1. **Karl Hochsinger:** *„Neuropathische Familien mit Fazialisphänomen."*

Mit Rücksicht auf die Publikation von Raudnitz am Naturforschertage in Wien, welcher Autor dem Fazialisphänomen jede größere pathognostische Bedeutung abspricht, demonstriert Hochsinger eine Familie und berichtet über eine zweite. Beide Familien zeigen ausgesprochene neuropathische Züge. Zappert hat wie Raudnitz keine Kongruenz zwischen Fazialisphänomen und Neuropathie gefunden.

2. **E. Popper:** *„Abnahme der Tuberkulinempfindlichkeit während Pertussis."*

Der 6jährige Knabe, der an Phlytänen leidet, zeigt während der ersten 5 Wochen der Pertussis negative Kutanreaktion (2mal geprüft), in der 6. Woche wurde sie positiv. Popper weist auf die Einteilung der Pertussis (nach Hamburger) in ein katarrhalisches und ein nervöses Stadium hin. Vielleicht schwindet die Tuberkulinreaktion nur im katarrhalischen Stadium. Man könnte dann mittels der Tuberkulinreaktion bei tuberkulinempfindlichen Individuen die beiden Stadien abgrenzen. Das Kind wurde durch Suggestionsbehandlung der Pertussis rasch geheilt. In der Diskussion wird teils für (Zappert, Hochsinger, Friedjung), teils gegen die Zweiteilung der Pertussis (Neurath) Stellung genommen. Pirquet bezweifelt die Beweiskraft des vorliegenden Falles für ein regelmäßiges Schwinden der Tuberkulinreaktion während der Pertussis, da das Kind vor der Pertussis nicht mit Tuberkulin geprüft sei. Er hält nach seinen

Erfahrungen das Verschwinden der Tuberkulinreaktion bei Pertussis für selten.

3. **Edmund Nobel:** *„Einseitige Lungentuberkulose mit künstlichem Pneumothorax behandelt."*

Das 7 Jahre alte Mädchen zeigt ein tuberkulöses Infiltrat im rechten Oberlappen, röntgenologisch und klinisch nachweisbar, positive Tuberkulinreaktion, Hämoptoe, Bazillenbefund negativ. Durch 3 Monate Festhaltung des Pneumothorax. Lungenbefund ist nach Wiederausdehnung der Lunge normal. In der Diskussion betont Pollak die Möglichkeit, daß Infiltrate bei tuberkulösen Individuen trotz positiver Pirquetreaktion nicht immer tuberkulös sein müssen, und verweist auf 2 einschlägige Beobachtungen. Es ist immerhin möglich, daß das Infiltrat im vorgestellten Fall kein tuberkulöses gewesen sei.

4. **Edmund Nobel:** *„Chronische Starre der gesamten Körpermuskulatur (Pseudotetanus)."*

3 Jahre alter, vollkommen intelligenter Knabe, der seit dem Ende des ersten Lebensjahres eine immer mehr zunehmende tonische Starre der Muskulatur zeigt. Die Erscheinungen beginnen im Gesicht (in der Lippenmuskulatur). Die Muskeln des ganzen Körpers fühlen sich jetzt hart an und sind hypertrophisch, das Gesicht ist maskenartig wie bei echtem Tetanus. Nahrungsaufnahme nicht gestört. Reflexe vorhanden, schwer auslösbar. Augenspiegelbefund normal, Wassermann negativ, Tuberkulinproben negativ. In warmen Bädern läßt die Starre ganz wenig nach, ebenso im Schlaf. Der Fall ist diagnostisch unklar. Zappert meint, daß es sich um eine chronische Polymyositis oder Trichinosis handeln könnte. (Muskeluntersuchung ergab normalen Befund, außer Hypertrophie. Ref.)

5. **W. Knöpfelmacher:** *„Fall von Pylorospasmus mit Papaverin behandelt."*

4 Wochen nach der Geburt typische Symptome. Nach Injektion von 0·01 Papaverinum hydrochloricum Sisitieren des Erbrechens, nach Aussetzen der Behandlung Wiederkehren des Erbrechens.

Mayerhofer hat einen ähnlichen Fall schon im November 1913 beobachtet, der ebenfalls mit Papaverin günstig beeinflußt wurde. Dieser Fall ist dadurch bemerkenswert, daß Mayerhofer und Rach die erschlaffende Wirkung des Papaverins auf die Pylorusmuskulatur röntgenologisch verfolgen konnten. Wolf hat durch Verabreichung von Olivenöl vor jeder Mahlzeit bei einem Falle Erfolg gesehen. Födisch erinnert, daß Syrupus Diacodii hie und da Erfolg bringt, das ebenfalls Papaverin enthält. Leiner berichtet über einen Mißerfolg von Papaverin. Das Kind mußte operiert werden und genas.

6. **M. Zarfl:** *„Anatomische Präparate von angeborener Zystenniere."*

Die Diagnose wurde schon intra vitam gestellt, da die vergrößerten Nieren tastbar waren. Bei der Beobachtung zeigten sich an der Oberfläche der Nieren höckrige Erhebungen. Harnbefund war bis auf Spuren Albumen normal. Bei der Obduktion zeigten sich die Nieren auf das Doppelte vergrößert und von kleinen Zysten durchsetzt. Daneben findet sich doch noch normales Gewebe in genügender Menge. Das Kind wurde 6 Monate alt und starb an einer interkurrenten Grippeinfektion. Zarfl bespricht die Ätiologie der Affektion (Retentionszysten, entweder durch Entzündung oder Entwicklungshemmung). Im vorliegenden Falle dürfte es sich um entzündliche

Residuen handeln, da die Nierenkapsel mit der Oberfläche der Niere verwachsen war und auch Rundzellenanhäufung nachgewiesen werden konnte.

Sitzung vom 5. Februar 1914.

1. **W. Knöpfelmacher:** *„Hirschsprungsche Krankheit mit akutem Darmverschluß."*

Der Knabe litt seit Geburt an Obstipation, die durch Klystiere bekämpft wurde. Das Kolon ist bis auf Armbreite erweitert. Vor der Aufnahme mächtige Auftreibung des Bauches, Kollaps. Durch Klysmen gelang es, kolossale Kotmassen aus dem Rektum zu entfernen. Knöpfelmacher bespricht die Ätiologie der Erkrankung.

2. **Sperk:** *„Das schwache Kind."*

Die häufigste Ursache chronischer Schwächezustände bei Kindern ist die Asthenia congenita, im Sinne von Stiller. Klinisch äußert sich dieser Zustand zumeist unter dem Bilde des asthenischen Habitus, mit dem langen, schmalen Thorax, der schlaffen, eigentümlichen Muskulatur, der Hautblässe, der neuropathischen, mitunter auch psychopathischen Veranlagung und der Neigung zu statischen Deformitäten. Die Asthenie muß jedenfalls in der Mehrzahl der Fälle als angeboren aufgefaßt werden. Das Versagen rationeller Ernährungsmethoden, lang andauernde Anorexien, die schlaffe Blässe und die Scheinanämie sind neben anderen neuropathischen Zeichen Symptome der Asthenie beim Säugling.

Der Habitus des Patienten mit der charakteristischen Neigung zu Bronchitiden, die Scheinanämie, die nicht selten systolischen Geräusche kardiopulmonalen oder funktionellen Ursprungs, geben häufig Anlaß zu Fehldiagnosen: Lungentuberkulose, Anämie und Mitralinsuffizienz. Für die Beurteilung des asthenischen Zustandes leisten die Methoden der physikalischen Untersuchung nur sehr wenig. Dazu ist die funktionelle Leistungsprüfung, selbstverständlich den normalen Lebensbedingungen entsprechend, heranzuziehen. Durch diese erweisen sich die Kinder als minder leistungsfähig und außerordentlich leicht ermüdbar. Die Kardinalsymptome der Asthenie sind:

1. der asthenische Habitus,
2. der herabgesetzte Muskeltonus,
3. die Scheinanämie,
4. die große Labilität des Nervensystems mit Neigung zu rascher Ermüdung,
5. die schwere therapeutische Beeinflussung als Ausdruck der Konstitution.

Die nervöse Komponente zeigt sich klinisch in der Dyspepsie, der Anorexie, der Obstipation und anderen als neuropathisch bezeichneten Symptomen, unter denen das Fazialisphänomen von diagnostischer Bedeutung ist. Die Herabsetzung des Muskeltonus und die Scheinanämie können ebenfalls als nervöse Stigmen gedeutet werden. Die Blutuntersuchungen bei asthenischen Individuen, in erster Linie die Lymphozytose, lassen aber auch an Störungen der innern Sekretion denken. Das klinische Bild des Morbus Addisonii und die Tierexperimente mit Ausschaltung der Nebenniere weisen in ihrem Symptomenkomplex Ähnlichkeiten mit dem asthenischen Zustand auf. Funktionelle Minderwertigkeit der Blutdrüsen, insbesondere aber der Nebenniere können demnach zu einer teilweisen Erklärung der Scheinanämie und des herabgesetzten Muskeltonus herangezogen werden. Letzteres wird begreiflich, seitdem im Muskel marklose, also sympathische Nervenfasern nachgewiesen wurden. Der asthenische Zustand würde nach dieser Auffassung zum Teil als eine Folge der Sympathikus-Hypotonie erscheinen.

Das asthenische Individuum muß als weniger anpassungsfähig gelten, denn schon normale Lebensreize können auf diese Individuen schädigend einwirken. Ein dem Astheniker quantitativ und qualitativ entsprechendes Milieu kann das Manifestwerden der Asthenie verhindern, schlechte hygienische Verhältnisse, Überanstrengung in geistiger und körperlicher Beziehung das psychische Dauertrauma der Schule, interkurrente Erkrankungen sind auslösende Momente für die Manifestation dieses Zustandes im Sinne der angeführten Kardinalsymptome. Entsprechend den Reizen, welchen das kindliche Individuum infolge seiner Entwicklung oder infolge seines Alters immer mehr zugänglich wird, sind auch die Symptome der Asthenie, je nach dem Charakter dieser Reizzuwachsperiode verschieden. Diese Zeiten sind als Übergangszeiten für das konstitutionell schwach veranlagte Kind besonders gefährlich, die Anfälligkeit der Säuglinge für Ernährungsstörungen, des Schulkindes für Neurasthenie und Neuropathie, des Pubertätsalters für Störungen auf dem Gebiete der Sexualsphäre sowie die Berufskrankheit des späteren Alters gehören hierher. Eine Therapie des manifesten asthenischen Zustandes ist wenig erfolgreich und verspricht nur unter ganz besonders auf das Individuum fein abgestimmten Bedingungen, die für die Allgemeinheit kaum durchführbar sind, einen Erfolg. Aussichtsreicher ist die Prophylaxe, d. h. das Streben, den latenten asthenischen Zustand beim Kinde latent zu erhalten. Kommt das Individuum in ein entsprechendes Alter, dann erschöpft sich der Einfluß der Konstitution. Die allgemeine Prophylaxe der Asthenie besteht in einer dem Zustand des Individuums nach jener Richtung hin Rechnung tragenden „Reizregulierung". Die Asthenie ist eine sehr häufige Erscheinung und bildet eine Disposition zur Lungenphthise, sicher auch zum schweren Verlauf akuter Infektionskrankheiten. Der asthenische Zustand hat ein großes rein ärztliches Interesse infolge der dadurch bedingten Abnahme der Volkskraft und der Wehrfähigkeit und ein rassenhygienisches Interesse, weil er der Degeneration Vorschub leistet. (Der Vortrag erscheint ausführlich in der Wiener klin. Wochenschr.)

S p i t z y tritt in der Diskussion für die orthopädische Behandlung der asthenischen Kinder ein, die hauptsächlich auf Stärkung der Streckmuskulatur und Atemmuskulatur Rücksicht zu nehmen hat. Die asthenischen Kinder zeigen den Rundrücken und auch die Scapula scaphoidea.

S i t z u n g v o m 5. M ä r z 1914.

1. **Goldreich:** *„Ein Fall von sogenannter angeborener Sklerodermie."*

7 Wochen altes Kind, seit der dritten Woche in Beobachtung. Geburt protrahiert, hochgradige Asphyxie. 4 Tage nach der Geburt findet sich Verhärtung der Haut an einzelnen Stellen und blaurote Verfärbung. Diese Verhärtungen nehmen zu. Es treten Infiltrate in den Wangen auf, die kirschengroß wurden, endlich am Gesäß, Waden, Rücken.

Z a r f l bemerkt, daß er einen einschlägigen Fall beobachtet hat bei einem am 10. Tag in das Zentralkinderheim aufgenommenen schwächlichen 2500 g schweren Kinde. Dieses zeigte etwa ein Dutzend bläuliche bis hellergroße Flecken in der Rückenhaut. Schon nach 2 Wochen blieb die Weiterentwicklung der Infiltrate stehen, danach kam es zur raschen Rückbildung.

2. **Rudolf Pick:** *„Pemphigus vulgaris mit Menschenblut behandelt."*

Seit $1^1/_2$ Jahren ohne Erfolg behandelt. Injektion von Blut der Mutter, zusammen 80 cm^3. Nach 8wöchiger Behandlungsdauer auffallende Besserung. Es kommen wohl noch einige Blasen nach, der Effekt ist doch deutlich.

3. **Strauß:** „*Primärer chronischer Gelenksrheumatismus.*"

8jähriges Mädchen, dessen Mutter ebenfalls an chronischer rheumatischen Affektion mit Wirbelsäulenbeteiligung litt. Beginn der Erkrankung vor 2 Jahren. Patientin wird blässer. Auftreten von Lymphdrüsenschwellungen. Seit Sommer 1913 Schmerzen im Kniegelenk, mäßiges Fieber. Während der Spitalsbeobachtung wurden sämtliche Gelenke in Schüben befallen. Jetzt ist das rechte Ellenbogengelenk ödematös geschwollen. Milz überragt den Rippenbogen. Sämtliche Lymphdrüsen sind geschwollen. Pirquet positiv, Wassermann negativ. Fieber bis 38·5. Witterungswechsel löst Anfälle aus. Röntgenbild ergibt hochgradige Atrophie des Knochens.

Strauß bespricht die Differentialdiagnose gegenüber Still'scher Krankheit. Es handelt sich wahrscheinlich um einen tuberkulösen Gelenksrheumatismus.

4. **Hans Spitzy:** „*Erfolge von Sehnentransplantation bei Poliomyelitis.*"

Die beiden ersten Fälle betreffen Lähmungen des Peroneus, der durch die Sehne des Tibialis ersetzt wurde. Der dritte Fall Ersatz des Quadrizeps durch den Tensor fasciae latae. Der 4. Fall lag noch schwieriger, da neben dem Quadrizeps auch der ganze Unterschenkel gelähmt war. Hier wurde der Fuß durch Knochenbolzung fixiert, der Quadrizeps durch den Tensor fasciae latae und einen Beuger ersetzt.

Spitzy bespricht die Vorteile der Sehnentransplantation, die Ursachen der etwaigen Mißerfolge, die, abgesehen von der Asepsis, darin gelegen sein können, daß die transplantierte Sehne zu lang genommen wird, oder daß die Sehne mit der neuen Sehnenscheide verwächst. Die Hautnarbe darf ebenfalls nicht in der Nähe der Sehne liegen.

5. **Salzer:** 1. „**6** *Monate altes Kind mit partieller Atresia recti analis.*"

Klinisch bestand Obstipation. Erst beim Auseinandernehmen der Analfalten sieht man eine quer verlaufende Membran, die eine Öffnung zeigt. Beim Pressen des Kindes tritt Stuhl aus.

2. „*Präparat einer Kruralhernie bei einem* **10***jährigen Knaben*", der unter der Diagnose Hydrokele(?), Lipom(?) zur Operation kam.

Salzer betont die Seltenheit der Kruralhernie im Kindesalter.

6. **Lederer:** „*Schrumpfniere bei einem* **12** *Jahre alten Mädchen.*"

Anatomisches Präparat. Das Kind erkrankte vor einem Jahre, wurde blaß, mager, hatte Stechen in der Herzgegend, Atemnot. Bei der Aufnahme Herzverbreiterung, mäßige Bronchitis, 3‰ Eiweiß, fast kein Sediment, kein Blut, leichte Ödeme. Nach 2 Tagen Urämie, Exitus. Ätiologie unklar, Wassermann negativ.

7. **M. Zarfl:** „*Ausgedehntes mediastinales Emphysem und Hautemphysem bei einem* **3** *Monate alten Säugling.*" (Anatomisches Präparat.)

Bei Geburt schwächlich, 2500 g, gedieh Patient bis zum Ende des 2. Lebensmonates mäßig gut und erkrankte Ende Jänner an Grippe (Bronchitis). Unter wechselnder Intensität der Krankheitserscheinungen zog sich die Erkrankung in die Länge. Ende Februar neuerliche Zunahme der Bronchitis. Entwicklung von Pneumonie. Patient wurde hochgradig dyspnoisch. Der Husten war auffallend quälend und kurz. Am 4. Februar weitere Zunahme der Dyspnöe, hochgradige Zyanose und Schwellung des Halses, Erweiterung der Venen. Am Halse wird Hautemphysem nachweislich. Das Emphysem schritt dann über den Stamm nach abwärts.

Swoboda erinnert an ein von ihm demonstriertes Kind mit allgemeinem Emphysem, das 8 kg wog und im Wasser schwamm. Nach 3 bis 4 Tagen war das Emphysem geschwunden. Sonst treten ähnliche Symptome nach Masern am häufigsten auf.

Spitzy sah Emphysem im Bereich der Kopfhaut nach Retropharyngealabszeß.

8. **Ernst Mayerhofer:** *„Uterusprolaps, Spina bifida und Lückenschädel bei einem Neugeborenen."*

Der Uterus prolaps dürfte mit der Schwäche der Beckenmuskulatur in ätiologischem Zusammenhange stehen, diese wieder mit der mangelnden Entwicklung der unteren Abschnitte des Rückenmarkes. Auch die Motilität der unteren Extremitäten ist mangelhaft.

---

21. Versammlung der Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte am 14. Dezember 1913 in der Kinderklinik des städtischen Krankenhauses zu Frankurt a. M.

Vorsitzender: *Cahen-Brach.*

Der Vorsitzende weist auf das 10jährige Bestehen der Vereinigung hin und dankt allen, die an deren Arbeiten teilgenommen haben.

1. **B. Fischer** (Frankfurt a. M.): Pathologisch-anatomische Demonstrationen.

a) „Nierenverlagerung bei einem Säugling."

b) „Gangränöse Kopfschwarte bei einem 13tägigen Säugling infolge von Lues."

c) „Ausgedehnte weiße Pneumonie bei einem 9wöchigen Säugling."

d) „Gummiknoten in der Lunge einer Frühgeburt."

e) „Ausgedehnte Diphtherie der Rachens und der Luftröhre bei einem 9 Jahre alten Knaben, nicht behandelt."

f) „Phthise bei einem Säugling." (Kaverne im linken Unterlappen, Tuberkulose des Ductus thoracicus. Miliartuberkulose.)

g) „Ösophagus-Atresie bei einem Neugeborenen.

h) Sehr großes Spindelzellensarkom der Orbita, auf das Gehirn übergreifend."

Diskussion: Sonnenberger (Worms), Cahen-Brach, B. Fischer.

2. **Raecke** (Frankfurt a. M.): *„Geistesstörung und Kriminalität im Kindesalter."*

Vortragender hat im Auftrage des Landeshauptmannes von Nassau in den beiden letzten Jahren 371 Kinder und Jugendliche psychiatrisch untersucht. Unter 292 kriminell gewordenen Kindern hatten $^3/_5$ Eigentumsvergehen begangen, $^1/_5$ sexuelle Delikte. Der Rest war wegen Schulschwänzens und Roheitsdelikte angezeigt worden.

Nur in einem knappen Viertel aller Fälle war nichts Pathologisches nachweisbar. Bei fast der Hälfte bestand Schwachsinn verschieden hohen Grades. 58 waren Psychopathen. Verhältnismäßig selten fand sich eigentliche Geisteskrankheit in Form beginnender Hebephrenie: 8mal. Vortragender geht auf die betreffenden Symptome

näher ein und betont die Schwierigkeit der Frühdiagnose. Unrichtig sei die Behauptung, daß Wahnbildung bei Kindern nicht vorkomme.

Sexuelle Delikte kamen auffallend häufig auch bei gesunden Kindern vor, doch ließ sich hier fast stets direkte Verführung feststellen. Dagegen handelte es sich bei den Schwachsinnigen in erster Linie um ein krankhaft gesteigertes Triebleben, das zu unsittlichen Handlungen Veranlassung gab. Perversitäten wurden vor allem bei Psychopathen konstatiert. Vortragender gibt charakteristische Beispiele und warnt davor, solche hochgefährlichen Elemente in die gewöhnlichen Erziehungsanstalten zu bringen, wo sie moralisch vergiftend auf die übrigen Zöglinge einwirken können.

Besonders erwähnt wird endlich die Möglichkeit falscher Anschuldigung durch Kinder und die Unzuverlässigkeit von Kinderaussagen vor Gericht.

3. **F. Lust** (Heidelberg): *„Zur Ätiologie der Poliomyelitis."*

Verf. weist zunächst auf die Widersprüche hin, die die tägliche Erfahrung der Wickmannschen Lehre von der Kontagiosität der Poliomyelitis, von ihrer Übertragbarkeit teils durch den Kranken, teils durch Abortivfälle oder auch gesunde Virusträger entgegenzuhalten vermag: die relative Seltenheit von größeren Epidemien in Städten, von Geschwistererkrankungen, Spitalinfektionen usw. Auch bei dem diesjährigen Material von 71 an der Heidelberger Kinderklinik beobachteten Fällen, die sich zum größten Teil aus kleinen Ortschaften des nördlichen Baden, Hessen und der Pfalz rekrutieren, waren trotz eindringlichsten Befragens vielfach keine Anhaltspunkte weder für einen stattgehabten direkten noch indirekten Kontakt zu eruieren. In einer Reihe von kleinen Ortschaften kam überhaupt nur ein einziger Erkrankungsfall zur Kenntnis.

In Anbetracht solcher Unstimmigkeiten verdient daher jede Beobachtung Interesse, die der epidemiologischen Forschung eine andere Richtung weist. Trotz des bisherigen absprechenden Urteils suchte sich Verf. gemeinsam mir Dr. Rosenberg darüber zu orientieren, ob die von Bruno wieder neuerdings konstatierte Beobachtung vom Auftreten lähmungsartiger Zustände bei Haustieren, speziell beim Geflügel, in Poliomyelitisgegenden zur Annahme eines ätiologischen Zusammenhanges zwischen der tierischen und menschlichen Erkrankung zwingt. Auf Grund eingehender Nachforschungen kommt Verf. ebenfalls zu dem Resultat, daß an dem Vorkommen solcher Lähmungserkrankungen bei Haustieren, speziell beim Geflügel, in der Epidemiegegend nicht zu zweifeln ist. Diese Lähmungen beruhen, wie angestellte histologische Untersuchungen bewiesen haben, zum größten Teil auf schweren Veränderungen teils im peripheren, teils im zentralen Nervensystem. Der anatomisch-histologische Befund kann ein sehr verschiedenartiger sein: z. B. fanden sich bei einem Huhn ausgedehnte Blutungen im Rückenmark (aber ohne entzündliche Veränderungen), bei einem andern war das Rückenmark ganz frei, dagegen wiesen das Gehirn, die Pia und die peripheren Nerven disseminierte entzündliche Infiltrate auf. Ein der Poliomyelitis anatomisch ähnlicher Prozeß fand sich in diesen Fällen nicht. Da die histologische Untersuchung allein aber zur Ablehnung der Identifizierung der tierischen und menschlichen Erkrankung sicher nicht genügen kann, wurden Übertragungsversuche vorgenommen. Weder gelang der Nachweis, daß die Hühnererkrankung sicher infektiöser Natur ist, noch war es möglich — nicht unter natürlichen und nicht unter künstlichen Infektionsbedingungen —, irgend welche Krankheitserscheinungen durch die Verimpfung von Poliomyelitisvirus bei Hühnern hervorzurufen. Daher muß ein ätiologischer Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen abgelehnt werden, wenn auch verwandtschaftliche Beziehungen nicht von der Hand zu weisen sind.

Diskussion: Hoffmann (Heidelberg) hat unter 16 Fällen der Privatpraxis während des epidemischen Auftretens der Poliomyelitis im Sommer 1913 zwei geschlossene Ketten der Übertragung durch gesunde Zwischenträger verfolgen können. In der Reihe von 3 Fällen kamen die gesunden Geschwister und dann wieder erwachsene Verwandte der Erkrankten in Frage, in der andern Reihe von 3 Fällen erfolgte mit größter Wahrscheinlichkeit die Übertragung durch eine Putzfrau, die in einem Poliomyelitishause arbeitete. Das infizierte Kind war das Kind einer Familie, wo sie tagsüber ihr Kind zur Pflege untergebracht hatte. Das Eigentümliche an dieser Übertragungsweise erscheint weniger in der Möglichkeit der Übertragung selbst als in der auffallenden Auswahl der Menschen, die, obwohl in scheinbar der gleichen Infektionsgefahr befindlich, doch nicht erkranken. Es scheinen hier noch Verhältnisse eine Rolle zu spielen, welche wir zurzeit noch nicht kennen und nicht erklären können.

Die erste Beobachtung über mit Lähmung eingehende Erkrankung bei Hühnern wurde am 13. August in einem Landorte der Rheinebene erhoben, wo das an Poliomyelitis erkrankte Kind bis 4 Tage vor seiner Erkrankung mit einem derart kranken Tiere gespielt hatte, das eben wegen seiner Erkrankung ins Haus genommen worden war. Das Tier war eingegangen und verscharrt worden, so daß eine Untersuchung nicht mehr möglich war. Eine weitere Beobachtung, die sich auf eine größere Anzahl erkrankter Tiere in der Umgebung eines Falles von Poliomyelitis erstreckte, wurde Anfang September in einem Landorte in der Umgebung von Heidelberg erhoben. Dort waren im Laufe weniger Wochen in einem Umkreise von 200 m in den Höfen um das Haus eines Poliomyelitisfalles 17 Hühner unter Lähmungserscheinungen erkrankt, zum Teil gestorben, andere wieder nach einiger Zeit genesen. Im übrigen Orte konnte auch bei Inspektion der Hühnerhöfe nichts gefunden werden, nur in einem ganz entgegengesetzt liegenden Hofe fand sich ein gelähmtes Huhn. Auffallenderweise waren die Besitzer Verwandte des erkrankten Kindes und unterhielten dorthin regen Verkehr! 8 gelähmte Hühner konnten noch lebend untersucht werden und boten das Bild einer schlaffen mit Atrophie einhergehenden Lähmung des Unterschenkels mit Verlust oder Herabsetzung der Sehnenreflexe, so daß die auch vom Tierarzt gestellte Diagnose auf Polyneuritis oder Myelitis lautete. 7 dieser Hühner wurden zur Untersuchung in das pathologische Institut nach Heidelberg gebracht und dort gemeinsam mit dem Privatdozenten Dr. Groß zu Versuchen verwandt und von diesem histologisch untersucht. Versuche der Übertragung durch Zusammenleben mit gesunden Hühnern verschiedenen Alters, durch intraperitoneale Injektion der Rückenmark-, Nerven- und Hirnemulsion führten zu keinem Ergebnisse, desgleichen Injektionen der genannten Emulsion subdural auf Affen. Die Affen konnten später durch Poliomyelitisgift noch krank gemacht werden. Kulturverfahren nach Noguchi waren ergebnislos. Die histologische Untersuchung von Gehirn, Rückenmark und Nieren ergab nicht das Bild einer Myelitis oder Neuritis. Wir müssen also sagen, daß zunächst der Nachweis eines Zusammenhanges der Tiererkrankungen mit Poliomyelitis nicht erbracht ist. Aber es ist auch noch nicht die eigentliche Natur dieser Tiererkrankungen klar ersichtlich. Es erscheint also die Möglichkeit eines Schlusses aus den vorliegenden zunächst negativen Ergebnissen noch nicht einwandfrei gegeben und die Frage noch nicht völlig spruchreif, da die Annahme einer rein zufälligen Kongruenz dieser auffälligen Lähmungserkrankungen bei den Haustieren auch zunächst nicht ganz befriedigen kann.

Bruno (Heidelberg) berichtet über seine eigenen Untersuchungen, die er seit seiner ersten Veröffentlichung in den letzten 4 Monaten angestellt und die er zum Teil auf dem Wiener Kongreß mitgeteilt hat. Er befindet sich in voller Übereinstimmung mit Lust über die Kriterien, welche an die Nachprüfung der von ihm aufge-

worfenen Frage des Zusammenhanges von menschlicher Poliomyelitis mit dem gleichzeitigen Auftreten von Tierlähmungen bei Haustieren anzulegen sind. Bewiesen werden kann der Zusammenhang nur durch den Nachweis einer Lähmung bei den Tieren in vivo, histopathologische Untersuchung des Nervensystems, eventuell bakteriologische Untersuchung, Übertragung (experimentelle) auf die gleiche Tierspezies beziehungsweise auf das empfindlichste Versuchstier, den Affen. Das Resultat seiner Untersuchungen faßt er dahin zusammen:

1. Das Zusammentreffen von Poliomyelitis mit Lähmungen bei Haustieren ist häufiger, als bisher bekannt. Bruno konnte es bis jetzt 32mal konstatieren. 8mal waren es eigene Beobachtungen an lebenden Tieren (2 Enten, 2 Gänse, 3 Hühner, 1 Hund), 24mal Mitteilungen von Kollegen. Im ganzen waren es 14 Hühner, 4 Enten, 4 Gänse, 6 Ziegen, 2 Rinder, 1 Taube, 1 Kaninchen, die gleichzeitig mit Kindern von Lähmungen befallen wurden.

2. Übertragungsversuche mit der Rückenmark-Gehirn-Nervenemulsion der 8 von Bruno beobachteten Tiere auf Affen (Macacus rhesus) ergaben negative Resultate — ebenso die Übertragung auf die gleiche Tierspezies. Allerdings wurden diese Übertragungsversuche meist zu spät vorgenommen.

3. Infektionsversuche mit voll virulentem Poliovirus, das vom Prof. Flexner (New York) stammte und das für Affen sofort positive Resultate gab, ergaben zum Teil negative Resultate bei Kaninchen, Hühnern, Meerschweinchen, Katzen, zum Teil nicht eindeutige Ergebnisse; die Tiere (4) gingen nach mehrmaliger Injektion ein. Histologischer Befund steht noch aus.

4. Die gesamte histologische Untersuchung hat Bruno Dr. Ranke in Heidelberg übertragen, da die richtige Deutung der Veränderungen am Zentralnervensystem und den peripheren Nerven bei Tieren äußerst schwierig ist. Das Untersuchungsergebnis steht noch aus. Der einzige bisher untersuchte Fall zeigte entzündliche Veränderungen der Spinalganglien.

5. Bruno hat zu seiner Orientierung eingehende Nachforschungen nach dem Auftreten von sonstigen Tierlähmungen, die nicht mit Poliomyelitis im Zusammenhang stehen, angestellt und dabei ein ziemlich großes Tiermaterial erhalten. Daraus ergibt sich, daß sowohl bei Menschen wie bei Tieren seuchenhafte Erkrankungen existieren, die wie die Heine-Medinsche Krankheit eine ganze Reihe von Formen aufweisen: a) rein spinale Form; b) bulbäre; c) enzephalitische; d) meningitische; e) polyneuritische Form. — Die Ursache dieser Tiererkrankungen ist völlig ungeklärt und wird auch noch geraume Zeit bis zu ihrer definitiven Klärung in Anspruch nehmen. Zu diesem Zweck hat sich Bruno mit einer Anzahl von Tierärzten, die an dem gleichen Problem arbeiten, in Verbindung gesetzt. Im Zusammenarbeiten von humaner und veterinärer Medizin und durch die sorgfältigen, aber zeitraubenden histologischen Untersuchungen, die von Dr. Ranke in einwandfreier Weise vorgenommen werden, wird hoffentlich Licht in diese dunkle Sache kommen. Bruno hält also — trotz der bisherigen negativen Resultate von Lust und seiner eigenen zum Teil negativen Befunde — die Angelegenheit noch für durchaus ungeklärt und hält weitere Untersuchungen für notwendig.

Im Anschluß an seine Ausführungen demonstriert Bruno die Originalpräparate von Prof. Flexner (New York), welche die Flexner-Noguchischen Mikroorganismen der Poliomyelitis in der Kultur und im Schnitt im Rückenmark und Spinalganglion zeigen.

Diskussion: Gernsheim (Worms): Aus dem Kreise Worms ist zum ersten Male in unserer diesjährigen Poliomyelitisepidemie die amtliche Mitteilung des Auftretens der Krankheit gekommen, und zwar am Anfang Juli. In der Zeit von Mitte Mai bis Mitte August — seitdem sind keine Fälle vorgekommen — wurden 34 gemeldet, und von diesen 26 sofort nach Einführung der Melde-

pflicht. — Meine ziemlich genau angestellten Nachforschungen haben ergeben, daß die Krankheit ihren Ausgangspunkt in Heidelberg oder dessen Umgebung hatte und von Arbeitern, die in Mannheimer Fabriken arbeiten, entweder direkt oder durch die Kleider (Kleiderschränke) ihrer Arbeitsgenossen nach dem einige Kilometer entfernten rechtsrheinischen Ort Lampertheim, wo mehr als 10 Fälle beobachtet wurden, verschleppt wurde. Von da kam sie bei dem engen Bevölkerungskontakt zuerst nach dem südlich von Worms gelegenen Horchheim und weiterhin in nördlich gelegene Ortschaften.

Ich verfüge über 8 eigene Beobachtungen, von denen in 4 der Übertragungsmodus durch 3 Personen einwandfrei festgestellt werden konnte. Ein Fall — nicht selbst beobachtet — ist höchst bemerkenswert: Der Vater eines in Horchheim an Poliomyelitis gestorbenen und sezierten Kindes arbeitet in der Fabrik neben einem Mann aus Heppenheim i. W. Dessen Kind erkrankt etwa 4 Wochen nach dem Tode des andern Kindes an Poliomyelitis, nachdem der Vater schon 8 Tage vorher von einer typischen Serratuslähmung befallen worden war.

Moro (Heidelberg) hält Kontrolluntersuchungen über das Auftreten von Geflügellähmungen in poliomyelitisfreien Zeiten und Gegenden für erforderlich.

Lugenbühl (Wiesbaden) vermißt das gleiche. Zu leicht wird doch beim Vorkommen dieser Erkrankung beim Menschen rückläufig auf alles mögliche in der Umgebung gefahndet; die Häufung von Tiererkrankungen gleichzeitig oder vorhergehend mit menschlichen Erkrankungen scheint mir nur in einigen der angeführten Fälle (Hoffmann) genügend nachgewiesen.

Lust: In den Ergebnissen befinde ich mich in erfreulicher Übereinstimmung mit Bruno und Hoffmann. Ihre Versuche sind sogar eine willkommene Ergänzung zu den unsrigen, da sie auch bei der Übertragung des Rückenmarkes gelähmter Tiere auf Affen zu negativen Ergebnissen kamen. Bemerkenswert ist, daß sicher auch in poliomyelitisfreien Gegenden Epidemien von mit Lähmungserscheinungen einhergehenden Hühnererkrankungen beobachtet wurden. Man muß daher verlangen, daß nur Tiere verwertet werden, bei denen es möglich ist, der Inspektion in vivo eine histologisch-anatomische Untersuchung anzugliedern und die zu einer Rasse gehören, die als empfindlich für das Poliomyelitisvirus erkannt wurden. Sowohl die histologische Untersuchung als der Übertragungsversuch sind bisher negativ ausgefallen und damit sind weitere ätiologische Schlüsse nicht angängig. — Die Kontaktinfektion wird nicht abgelehnt, wir haben selbst ja derartige Fälle mitgeteilt, nur an ihrer überwiegenden Bedeutung möchte ich zweifeln. Die einzigen Geschwister, die in der diesjährigen Epidemie bekannt wurden, erkrankten am gleichen (!) Tag.

4. **S. Wolff** (Wiesbaden): *„Über Pneumokokkenerkrankung."*

Besprechung von 3 Fällen von Pneumokokkenerkrankung, die eine Steigerung therapeutischer Versuche zeigten. Der erste Fall, eine schwere Pneumokokkensepsis, heilte nach einer Chininintoxikation. Hier hatte man das Chinin nach allen möglichen vorhergegangenen therapeutischen Versuchen lediglich als Fiebermittel gegeben. Es hatte aber die chematotherapeutische Komponente gewirkt. Doch war erst so hohe Dosis nötig, daß Intoxikation eintrat. Deshalb ist für ähnliche Fälle wirksamerer Stoff nötig. Dies ist das Optochin, ein sehr wirksames Chinoalkaloid. Dies bei einem Fall von Pneumokokkenmeningitis neben anderen Mitteln per os erfolglos gegeben, wahrscheinlich weil es nicht in genügender Konzentration an die Pneumokokken herankam. Deshalb bei dem nächsten Fall das Optochin intralumbal und intraventrikulär angewandt und in diesem Fall sichtlich Erfolg. Die Meningitis heilte und blieb geheilt, wie die Autopsie des nach einiger Zeit an einer schweren Grippe Verstorbenen Meningitis ergab. Deshalb sollte bei der sehr schlechten Prognose der Pneumokokkenmeningitiden

das Optochin versucht werden, wenn nichts anderes hilft, dann aber sogleich intralumbal oder intraventrikulär, da diese Anwendung theoretisch an meisten begründet ist. Ausführliche Publikationen a. a. O.

Diskussion: „Benario (Frankfurt a. M.), Wolff.

5. **Moro** (Heidelberg): *„Über rezidivierende Nabelkoliken bei älteren Kindern.“*

Wiederholte Anfälle von Leibschmerzen bei neuropathischen Kindern, die mit großer Regelmäßigkeit in die Nabelgegend lokalisiert, häufig mit Appendizitis verwechselt und jeder Suggestivtherapie ausgezeichnet zugänglich sind. (Ausführliche Publikationen in der Münchener med. Wochenschr.)

Diskussion: Gernsheim (Worms) fragt, ob Prof. Moro Gelegenheit gehabt hat, den Magensaft zu prüfen. Ich frage deshalb, weil ich in mehreren diesbezüglichen Fällen Hyperazidität, in einem Falle der letzten Zeit vollständige Anazidität feststellen konnte.

Bartenstein (Kreuznach) bestätigt durch eigene Beobachtungen die Mitteilungen von Moro. Als Ursache kommt immer neuropathische Konstitution in Frage. Außerdem auch Obstipation.

B. fragt an, wie die leichteren Fälle von Nabelschmerzen zu erklären sind, wo rezidivierende Schmerzen ohne Kolikcharakter auftreten.

v. Mettenheimer (Frankfurt a. M.) weist darauf hin, daß derartige Kinder häufig zu große Mengen Milch bekommen. Nach Regelung der Diät, vor allem Beschränkung der Milch, Aufhören der Obstipation und der Schmerzen.

Gelhaar (Frankfurt a. M.) fragt an, ob in den Fällen, die mit periodischem Erbrechen einhergingen, Azeton im Harn gefunden wurde. Ich habe einen Fall, bei dem bereits die Appendixoperation erwogen wurde, beobachtet, der sich als Azetonurie erwies.

Georg Koch (Wiesbaden) wundert sich über die Promptheit der Wirkung einerseits der suggestiblen (faradischer Pinsel, Nabelpflasterverband) Mittel, die Moro anwendet, anderseits der diätetischen (Weglassen von Milch) v. Mettenheimers bei so schwerneuropathischen Kindern. Solche suggestible Maßnahmen führen nach eigener Beobachtung doch häufig nicht zum Ziele.

Hoffmann ist der Ansicht, daß der Erfolg jeder Behandlung bei dieser Erkrankung, als einer Erscheinungsform der Neuropathie, auf einer Suggestivtherapie beruhe. Da ist es Pflicht, zu verhindern, daß solche Patienten als körperlich Kranke von einem Arzt zum andern wandern, da sie dabei nur kränker werden. Es kommt dabei auf den autoritativen Einfluß des Arztes durch seine Person mehr an als auf die Wahl der Mittel, von denen jedes, ob Diätregelung, Faradisation, Pflasterkleben, Massage oder irgend eine gleichgültige Arzneimedikation, zum Ziele führen kann, vorausgesetzt, daß die Person, die sie anwendet, die richtige ist.

6. **Beck** (Frankfurt a. M.): *„Larosan oder Eiweißmilch.“*

Beck berichtet über 50 mit Kaseinkalziummilch behandelte Säuglinge im Alter von 2 Wochen bis zu 1 Jahr, die an akuter und subakuter Dyspepsie, Enterokolitis und Dekomposition litten. Die positiven Erfolge waren die gleichen wie bei der Eiweißmilch. Beck empfiehlt das Larosan wegen der Billigkeit und der bequemeren Herstellung der Milch besonders für die Privatpraxis. (Die Arbeit erscheint in der Med. Klin.)

Diskussion: Lust (Heidelberg): Die Erfolge mit Larosan waren recht ungleichmäßige. Wochenlang, speziell in kühleren Jahreszeiten, waren sie leidlich befriedigend, dann kamen auch Zeiten, wo die Resultate uns zwangen, schleunigst wieder zur bewährten Eiweiß-

milch zurückzukehren. Von einem vollwertigen Ersatz kann nach unseren Resultaten nicht die Rede sein.

Moro.

Hoffmann hat ebenfalls gelegentlich der Anwendung von Larosan Mißerfolge gesehen, die dann bei Gabe von Eiweißmilch sich besserten. Die Verabfolgung von Larosanmilch wurde daher auf ältere Säuglinge und weniger schwere Fälle beschränkt, während für jüngere Säuglinge und schwere Dekompositionen zunächst Eiweißmilch gereicht wurde. In dieser Indikationsstellung waren die Erfolge durchweg günstige, sogar glänzende.

v. Mettenheimer.

S. Wolff hat gar keine günstigen Erfolge zu verzeichnen.

Grosser hat bei leichten Fällen günstige Erfahrungen mit Larosan gemacht, bei schweren ersetzt es nicht die Eiweißmilch.

Grosser: *„Zur Ernährung bei Gallengangverschluß."* Bei einem 7wöchigen, klinisch von Dr. Weihe behandelten Falle von kongenitalem (Sektion) Gallenausführungsgang-Verschluß wurde der N-, CaO- und P-O-Stoffwechsel untersucht. Die N-Ausnutzung war gut, ließ sich durch Kaseinzulage sogar steigern, P_2O_5- und CaO-Ausnutzung dagegen schlecht. Besonders auffallend war die dauernde beträchtliche Kalkunterbilanz, die sich aber von der rachitischen dadurch unterschied, daß im Gegensatz zu ihr der Urin nicht kalkfrei war, sondern normalen Kalkgehalt aufwies. — Die Fettausnutzung war bei reichlichem Angebot in der Nahrung gut, entsprechend den Angaben anderer Autoren.

7. **Cuno** (Frankfurt a. M.): *„Über Anaphylaxie bei wiederholter Diphtherieheilseruminjektion."*

Auf der Diphtherieabteilung des Dr. Christschen Kinderhospitals in Frankfurt a. M. wurden seit Oktober 1894 zirka 3500 Kinder mit Diphtherieheilserum behandelt. 2mal injiziert wurden 204 Kinder, es betrug das Intervall 10 Tage bis 114 Monate.

3mal bekamen Heilseren 11 Kinder mit Intervallen von 2 und 1 Monat bis zu 84 und 19 Monaten.

4mal wurde 1 Kind injiziert, die Intervalle betragen 21, 52 und 11 Monate. Nur bei einem von diesen 204 reinjizierten Kindern wurde bei der zweiten Injektion eine schnell vorübergehende leichte Anaphylaxie beobachtet.

Als Ursache der bei seinen Kindern so selten aufgetretenen Anaphylaxie nimmt Cuno den Umstand an, daß bis 1910 nur subkutan, seit dieser Zeit nur intramuskulär und nur selten intravenös stets Höchster Diphtherieheilserum injiziert wurde und eine große Anzahl der Kinder die erste Injektion in den ersten Lebensjahren erhielt.

Zur Vermeidung der bei Reinjektion stets bestehenden Gefahr der Anaphylaxie empfiehlt Cuno, bei wiederholter Injektion nur subkutan und ganz langsam zu injizieren und bei an anderen schweren Leiden erkrankten Kindern und bei an Heuschnupfen leidenden Patienten eine Wiederholung der Injektion nach Möglichkeit überhaupt zu unterlassen.

Diskussion: Moro meint, daß die Ansicht über anaphylaktische Gefahren nach wiederholter Injektion davon abhängig ist, was man persönlich in dieser Richtung gesehen und erlebt hat. Bei prophylaktischer Immunisierung in Anstalten empfiehlt er zunächst die probatorische Toxinimpfung nach Schick vorzunehmen.

Benario.

Sonnenberger möchte auf die Pyozyanase hinweisen, ein Bazillenprodukt des Pyocyaneus (Näheres hierüber in Würzburger Abhandlungen, H. 12, 1913). Dessen lokale Anwendung in Verbindung mit Heilserum scheint die Diphtheriefälle recht günstig zu beeinflussen, ebenso scheint es bei einer Anzahl anderer Infektionskrankheiten im Kindesalter (Keuchhusten, spinale Kinderlähmung) günstig zu wirken.

Namentlich sollte man es bei sogenannten Bazillenträgern zur Anwendung bringen.

Moro bestreitet den Wert der Pyozyanase.

Bardorff (Frankfurt a. M.) kann, wenn er seine 50jährigen Erfahrungen über Diphtheriebehandlung überdenkt, unter voller Anerkennung des Heilserums eine wesentliche Besserung der Sterblichkeit nicht zugeben.

Lugenbühl, Cahen-Brach, Hoffmann.

Neuhaus (Heidelberg): Hinweis auf die Statistik Axenows, der doch relativ zahlreiche Fälle von schweren anaphylaktischen Erscheinungen bei seinen mit Moserschem Serum gespritzten Kindern beobachtet hat. $CaCl_2$ und Busrudkasche Methode haben vollständig versagt.

Deutsch (Frankfurt a. M.).

Beck: In der früheren Heubnerschen Klinik wurden sämtliche aufgenommene Kinder, einerlei an welcher Krankheit sie litten, prophylaktisch alle 3 Wochen mit Diphtherieheilserum gespritzt. Es ist mir kein Fall von Anaphylaxie bekannt geworden.

8. **Weihe** (Kinderklinik des städtischen Krankenhauses, Frankfurt a. M.): *„Über die Ruhr der kleinen Kinder."*

Im Laufe des Sommers 1913 wurden in der Kinderklinik 22 Fälle von Ruhr beobachtet, darunter 11 Primärerkrankungen. 18mal fanden sich Pseudodysenteriebazillen im Stuhl, 3 weitere Fälle standen im engsten epidemiologischen Zusammenhang zu bakteriologisch sichergestellten Ruhrerkrankungen. Der bakteriologische Nachweis ist nur bei Verarbeitung ganz frischer Stuhlgänge möglich. Bei 51 Kindern, die an Dyspepsie oder anderen alimentär oder parenteral bedingten Darmstörungen litten, wurden niemals Pseudodysenteriebazillen gefunden. Der Verlauf der Krankheit war ein schwerer. 5 Kinder starben, teilweise unter toxischen Erscheinungen.

Diskussion: Schürer (Frankfurt a. M.): Im hygienischen Institut in Frankfurt a. M. wurden im Laufe des letzten halben Jahres bei 38 Säuglingen und kleinen Kindern Pseudodysenteriebazillen im Stuhlgang nachgewiesen. Die Tatsache, daß bei Dyspepsien nie Ruhrbazillen gefunden wurden, spricht nicht mit Sicherheit dagegen, daß die Ruhr bei Säuglingen auch unter den Erscheinungen einer einfachen Dyspepsie verlaufen kann, nur ist die Isolierung der Krankheitserreger bei leichteren Dysenterieerkrankungen wohl besonders schwierig. Bei einer zweifellos von einer einzigen Infektionsquelle ausgehenden Ruhrendemie wurde eine größere Zahl von Pseudodysenteriekulturen gewonnen, die nach ihrem Verhalten gegenüber Maltose zum Teil zum Typus Flexner, zum Teil zum Typus Y hätten gerechnet werden müssen. Diese beiden Unterarten können daher nicht als konstant gelten.

Keuper: In der medizinischen Klinik zu Frankfurt a. M. wurde in einer Keuchhustenbaracke durch ein Kind, das vorher mit Dysenteriekranken in Berührung gekommen war, eine Pseudodysenterieendemie verursacht, die sehr schwer verlief und einen Beweis für die enorme Infektiosität der Erkrankung gibt. Trotz strenger Isolierung erkrankten 20 von 23 Kindern. In 18 untersuchten Fällen fanden sich 17 mit positivem bazillärem Befund. Es war in der Mehrzahl der Fälle eine Inkubationszeit von 5 bis 6 Tagen bei dem gruppenweisen Erkranken auszurechnen. Diese Zeit kommt vielleicht als häufigste Inkubationszeit in Betracht.

6 von 20 Kindern starben, 4 in den ersten Tagen der Ruhr, 2 an Nachkrankheiten. Bei allen fand sich trotz schwerer klinischer Erscheinungen nur eine Enteritis follicularis. Wir verordneten Uzaratabletten und Emetin subkutan, sahen wohl einen stopfenden, aber keinen spezifischen Erfolg.

4 Kinder hatten noch nach 2 Monaten in festen Stühlen Pseudodysenteriebazillen.

Cahen-Brach, v. Mettenheimer, Schürer.

9. **Beck** (Frankfurt a. M.): *„Weitere Erfahrungen mit Rosenbachschem Tuberkulin bei der kindlichen Tuberkulose".*

Beck hat im vergangenen Jahre weitere 45 Säuglinge und Kinder mit TR behandelt und berichtet über seine günstigen Erfolge. (Die Arbeit erscheint in extenso in der Zeitschr. f. Kinderheilk.)

Diskussion: v. Mettenheimer hat an der Kinderklinik in über 30 Fällen von Lungen- und Herzmuskeltuberkulose keinen sichtbaren Erfolg von der Tuberkulin-Rosenbach-Kur nachweisen können.

Georg Koch (Wiesbaden) betont, daß es doch sehr naheliegt, die Mißerfolge des v. Mettenheimer gegenüber Beck auf das Material zurückzuführen, und da möchte ich anknüpfen an eine Bemerkung von Beck. Beck hat betont, daß sich zur Behandlung mit T. R. Fälle von „beginnender ganz leichter Bronchialdrüsentuberkulose" eignen. Ich muß fragen: Wie diagnostiziert Beck diese „leichte" Bronchialdrüsentuberkulose? Aus der ausführlichen eingehenden Arbeit von Engel geht hervor, wie außerordentlich schwierig die Diagnostik der Bronchialdrüsentuberkulose ist. Beck muß daher diese Frage genau beantworten, wenn er auf die Erfolge einer spezifischen Behandlung dieser Fälle mit T. R. hinweisen will.

Götzky: Demonstration von Röntgenbildern von einem 4jährigen Knaben mit hypothyreotischer Konstitution, bei dem eine klinisch intermittierende Dysthyreosis röntgenologisch durch zahlreiche lamellöse Querschatten in der Gegend der endochondralen Ossifikationszone nachgewiesen werden kann.

Besprechungen.

F. Calot. ***Die für den praktischen Arzt unbedingt notwendige Orthopädie.*** Mit 1071 Originalfiguren im Text und 8 farbigen Photographien außer Text. (VI. bedeutend vermehrte und verbesserte Auflage. Ins Deutsche übersetzt von K. Rischard, Luxemburg.) (Verlag der Hofbuchhandlung Viktor Bück, Luxemburg, 1913.)

Von dem Buch sind in weniger als 4 Jahren 6 Auflagen erschienen und es ist in 5 Sprachen übersetzt worden. Es ist eines der wenigen Bücher, in denen sich der Praktiker im Zweifelsfalle tatsächlichen Rat holen kann. Der Vorteil des Buches sind die instruktiven Abbildungen und die ausführliche Besprechung aller Einzelheiten der Technik, deren Kenntnis gerade auf diesem Gebiete so überaus wichtig ist. Die etwas merkwürdige Art der Diktion scheint für den praktischen Gebrauch des Buches gut geeignet. Dem Praktiker ist es vielleicht willkommen, daß Calot im großen und ganzen sehr wenig Vorkenntnisse voraussetzt. Jedenfalls wird auch in Deutschland sich das Buch schnell allgemeinen Beifall erwerben.

Keller (Berlin).

Hugo Selter. *Handbuch der Deutschen Schulhygiene.* (Mit 149 Abb. und zahlreichen Tabellen.) (Verlag von Th. Steinkopf, Dresden und Leipzig, 1914, Preis: M. 28.—.)

Der Stoff ist in der Weise eingeteilt, daß nach einer einleitenden Geschichte der Schulhygiene zunächst die Hygiene des Schulhauses und seiner Einrichtung, dann die des Unterrichts, ferner die des Schulkindes, schließlich die Hygiene des Lehrberufes und die Ausbildung der Lehramtskandidaten in Gesundheitspflege behandelt wird. Ein ausführliches Schlußkapitel ist dem schwachbegabten Schulkinde gewidmet. Die einzelnen Kapitel sind außer vom Herausgeber von v. Drigalski, Flachs, Fröhlich, Graupner, Leubuscher, F. A. Schmidt und Wehrhahn bearbeitet.

Das Handbuch gibt eine abgerundete Darstellung der Schulhygiene und wird nicht nur Ärzten, sondern auch Lehrern und Verwaltungsbeamten als Nachschlagebuch gute Dienste leisten.

Keller (Berlin).

Walter Ewald. *Soziale Medizin.* (Ein Lehrbuch f. Ärzte, Studierende, Medizinal- und Verwaltungsbeamte, Sozialpolitiker, Behörden und Kommunen, II. Bd., mit 75 Textfig.) (Verlag von Julius Springer, Berlin, 1914.)

Der zweite Band des Werkes, der sich durch dieselbe Gründlichkeit auszeichnet, die schon an dem ersten (Referat in dieser Monatsschrift, Bd. X, 1911, S. 73) zu loben war, beschäftigt sich mit der sozialen Versicherung, die in allen Einzelheiten ausführlich besprochen wird. A. Keller (Berlin).

Léopold-Lévi et **Rothschild.** *La petite insuffisance thyroïdienne et son traitement.* (Doin et Fils, Paris, 1913, 320 S., Preis: Fr. 5.—.)

Das kleine Buch verfolgt vorwiegend didaktisch-therapeutische Zwecke. Aber darüber hinaus bietet dasselbe eine gründliche Behandlung aller ins Gebiet des Hypothyreoidismus gehörigen Fragen und anderer im Zusammenhang damit stehenden innersekretorischen Störungen.

Der „kleinen Schilddrüseninsuffizienz" kommt augenscheinlich, wie insbesondere aus den neueren Veröffentlichungen Seitz' hervorgeht, für menstruelle Störungen und zahlreiche nervöse Erscheinungen, wie Migräne, Übelkeit, spastische Obstipation, Kreuz- und Gliederschmerzen u. a. eine erhebliche klinische Bedeutung zu. Aber damit ist dies Gebiet noch keineswegs erschöpft und es dürfte lohnend sein, wenn ihm auch von seiten der Pädiater Interesse zugewandt wird, zumal es sich um ein therapeutisch dankbares Gebiet handelt.

Der von Kocher beschriebenen und anderweitig bestätigten Veränderung des morphologischen Blutbildes bei Hypothyreoidismus ist von Léopold-Lévi und Rothschild keine Aufmerksamkeit geschenkt worden und ebenso wird die anscheinend sehr konstante und diagnostisch wertvolle Beschleunigung der Blutgerinnung nicht so hoch bewertet, wie sie es verdiente. Thorspecken (Bremen).

L. Seitz. *Innere Sekretion und Schwangerschaft.* (J. A. Barth, Leipzig, 1913, 256 S., Preis: M. 7.—.)

Über dieses Thema erstattete Seitz auf dem 15. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie ein Referat. Mit der Herausgabe desselben in erweiterter Form als besonderes Buch hat Seitz ein grundlegendes Werk geschaffen, das nicht nur auf der gesamten einschlägigen Literatur fußt, sondern auch vielfach wertvolle eigene Beiträge enthält. Der erste Teil behandelt den Stoffwechsel und seine Störungen in der Schwangerschaft, im zweiten Teil werden in 10 Kapiteln die Beziehungen der einzelnen innersekretorischen Drüsen und deren Erkrankungen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett behandelt. Bei der Fülle von Material, die das Buch enthält, ist es unmöglich, hier auf Einzelheiten einzugehen.

Thorspecken (Bremen).

Otto Dornblüth. *Klinisches Wörterbuch.* (V. wesentlich verbesserte Aufl., Verlag von Veit & Comp., Preis: M. 5.—.)

Bei der Fülle der technischen Ausdrücke, die in der wissenschaftlichen Medizin üblich sind und namentlich bei der großen Zahl von Krankheiten, Symptomen und Phänomenen, die mit dem Eigennamen des Entdeckers benannt werden, wird auch dem Belesenen ein klinisches Wörterbuch als Nachschlagebuch manchmal notwendig sein. Das vorliegende Wörterbuch hat den Vorzug, daß es viele in der französischen und englischen Literatur üblichen Kunstausdrücke, die von den unseren abweichen, übersetzt respektive erklärt.

Keller (Berlin).

Inhalt.

Gallus. *Sammelreferat über die deutsche ophthalmologische Literatur 171.* — **Wachenheim.** *Amerikanische Literatur über Poliomyelitis 181.* — **Allgemeines.** — **Troitzky.** *Hufeland über Pädiatrie 182.* — **Herrmann.** *Alter und Jahreszeit 182.* — **Anatomie und Histologie. Stiftar.** *Pankreas 182.* — **Physiologie und allgemeine Pathologie. Pisek** und **Lewald. Hess. Ladd.** *Magen 183.* — **Rumjanzeff.** *Viskosität 183.* — **Hagner.** *Eiweißgehalt und Leitfähigkeit des Blutes 184.* — **Katzenellenbogen.** *Blutkalk 185.* — **Müller.** *Arbeitsleistung des Blutes und des Herzens 185.* — **Grusdeff.** *Engbrüstigkeit 186.* — **Diagnostik. Chapin. Morse.** *Röntgenuntersuchung des Magendarmtraktus 187.* — **Ostrowsky.** *Signe du sou 187.* — **Pharmakologie und Toxikologie. Klimenko.** *Wiederholtes Einführen der Heilsera 187.* — **Donath.** *Phlebographie 188.* — **Bakteriologie. Klimenko.** *Choleraähnliche Vibrionen 188.* — **Serologie und Immunitätslehre. Axenoff.** *Serumkrankheit 189.* — **Medowikoff.** *Bakteriolysine der Frauenmilch 191.* — **Zeiss.** *Diagnostischer Wert der Darmkoliagglutination. 192.* — **Larsen**

und **Sedgwick.** *Komplementbindungsreaktion 192.* — **Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Stolte.** *Ernährungstherapie 193.* — **v. Pirquet.** *Tafel zur Bestimmung von Wachstum und Ernährungszustand 195.* — **Langstein, Rott** und **Edelstein.** *Nährwert des Kolostrums 196.* — **Kühl.** *Milchzucker 196.* — **Hayashi.** *Durchlässigkeit der Darmwand 196.* — **Brüning.** *Geschichte der Karottensuppe 197.* — **Lowenburg.** *Die Ursache der künstlichen Ernährung 197.* — **Sokoloff.** *Eiweißmilch 197.* — **Ostrowsky.** *Larosan 197.* — **Langstein.** *Diätetik der Infektionskrankheiten 198.* — **Zahorsky.** *Hitze und Sommerdiarrhöe 198.* — **Kendall, Day** und **Bagg. Kendall** und **Day. Smith. Kendall. Hunt.** *Sommerdiarrhöe 198.* — **Neuhaus** und **Schaub.** *Kuhmilchidiosynkrasie 199.* — **Finkelstein.** *Diätetische Behandlung des Ekzems 199.* — **Milchwissenschaft und Molkereipraxis. Davidson.** *Unterscheidung von Frauenmilch und Kuhmilch 200.* — **Schroeder.** *Rohe und gekochte Milch 200.* — **Lewis.** *Zellgehalt der Milch 201.* — **Ylppö.** *Isoelektrischer Punkt des Kaseins 201.* — **Brady.** *Zubereitung der Eiweißmilch 201.* — **Jordan.** *Milchversorgung 202.* — **Synnott.** *Certified milk 202.* — **Stoffwechsel. Herbst.** *Kalk und Phosphor beim Wachstum 202.* — **Kaminer** und **Mayerhofer.** *Bestimmung des anorganischen Phosphors 203.* — **Rietschel.** *Inanition und Zuckerausscheidung 203.* — **Hymanson.** *Stoffwechsel bei amaurotischer Idiotie 204.* — **Neugeborene. Heller.** *Albuminurie 204.* — **Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen. Koch.** *Infektionskrankheiten im Wachstumsalter 204.* — **Richardson.** *Infektionskrankheiten im Hospital 205.* — **Meyer.** *Infektionsverhütung 205.* — **Schabad. Sörensen.** *207.* — **Klimenko.** *208.* — **Selinoff. Legoiko.** *Scharlach. 209.* — **Bornemann. Harrichausen** und **Wirth.** *209.* — **Freund. Kausch. Kissling.** *210.* — **Hahn** und **Sommer. Womer. Leede.** *Diphtherie 211.* — **Wassermann. Manicatide.** *212.* — **Retter.** *Keuchhusten 213.* — **Cassel.** *Poliomyelitis 213.* — **Goeppert.** *Genickstarre 213.* — **Wolf** und **Lehmann.** *Pneumokokkenmeningitis 214.* — **Acker.** *Parotitis und Meningitis 214.* — **Reye.** *Spondylitis infectiosa 214.* — **Kling.** *Schutzimpfung gegen Varizellen 215.* — **Winocouroff.** *Rückfallfieber. 215* — **Caronia.** *Leishmaniose 215.* — **Tuberkulose. Medin.** *Infektionswege 215.* — **Koch.** *Tuberkulöse Meningitis 216.* — **Lyons.** *Tuberkulose der Genitalorgane 216.* — **Köppe. Küchenhoff.** *Tuberkulin 216.* — **Syphilis. Lucas.** *Wa. R. 217.* — **Ledermann.** *Serodiagnostik 217.* — **v. Scily.** *Prophylaxe 217.* — **Müller.** *Therapie und Klinik 217.* — **Riether.** *Syphilis und Findelanstalt 218.* — **Zirkulationsapparat. Wolf.** *Angeborene Wassersucht 218.* — **Hecht.** *Morgagni-Adams-Stockessches Syndrom 218.* — **Respirationsorgane. Weber.** *Arsenbehandlung der Pneumonie 219.* — **Blut und blutbildende Organe. Götzky** und **Isaac.** *Familiäre Anämie 219.* — **Huber.** *Akute Leukämie 219.* — **d'Espine.** *Bantische Krankheit 219.* — **Conradi.** *Morphologie des Blutes unter dem Einflusse des Seeklimas 220.* — **Lymphatischer Apparat. Götzky.** *Kubitaldrüsenschwellungen 220.* — **Clanahan.** *Mundatmung*

nach Entfernung der Adenoiden 220. — **Innere Sekretion. Hutinel.** *Nebennieren bei Scharlach 220.* — **Römer.** *Hypophyse und Diabetes insipidus 221.* — **Clark** und **Farmer.** *Kongenitale Schilddrüsenzyste 221.* — **Verdauungstraktus. de Buys.** *Pylorusstenose 221.* — **Holt.** *Duodenalgeschwüre 221.* — **Trumpp.** *Oxyuren 222.* — **Plew.** *Perforation des Darms durch Askariden 222.* — **Exchaquet.** *Hirschsprungsche Krankheit 223.* — **Urogenitalsystem. Wendenburg.** *Orthotische Albuminurie 223.* — **Smith.** *Vulvovaginitis 224.* — **Kuschnira.** *Prolaps der Urethralschleimhaut 224.* — **Heimann.** *Hydroureter 224.* — **Collins.** *Harnsteine. 224.* — **Psychologie und Psychopathologie. Girstenberg.** *Heilpädagogik 225.* — **Rogers.** *Intelligenzprüfung 226.* — **Neurologie und Psychiatrie. Camp.** *Pseudohypertrophische Muskeldystrophie 226.* — **Concetti.** *Littesche Krankheit 226.* — **Woods.** *Epilepsie 227.* — **Clark** und **Sharp.** *Epilepsie und zerebrale Lähmung 227.* — **Dandy** und **Blackfan.** *Hydrozephalus 228.* — **Stoffwechselkrankheiten. Freise.** *Barlowsche Krankheit 228.* — **Haut. Kaufmann-Wolf.** *Favus 229.* — **v. Falkowski.** *Eruptions-Angiome 229.* — **Nase, Ohr. Lehmann.** *Otitis media 230.* — **Chirurgie. Kaerger.** *Gaumenspalte 230.* — **Hertzler.** *Leistenbruch 230.* — **Oehsner.** *Hernienbehandlung 230.* — **Galewsky.** *Fremdkörper 231.* — **Wachsner.** *Osteomyelitis 231.* — **Mißbildungen. Reuben** und **Cleaver.** *Oxyzephalie 231.* — **Hees.** *Hydrenzephalozele 231.* — **Hygiene und soziale Medizin. Scherescheswsky.** *Hitze und Säuglingssterblichkeit 232.* — **van Ingen.** *Säuglingssterblichkeit 232.* — **van Ingen.** *Pränatale Hygiene in New York 232.* — **Macy.** *Hygiene 233.* — **Berichte.** *Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin 233.* — *Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien 244.* — *Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte 256.* — **Besprechungen. Calot.** *Orthopädie 264.* — **Selter.** *Handbuch der deutschen Schulhygiene 265.* — **Ewald.** *Soziale Medizin 265.* — **Léopold-Lévi** und **Rothschild.** *La petite insuffisance thyroidiennne 265.* — **Seitz.** *Innere Sekretion und Schwangerschaft 266.* — **Dornblüth.** *Klinisches Wörterbuch 266.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Berlin · **Göppert** Göttingen · **Knöpfelmacher** Wien · **Moro** Heidelberg · **Thiemich** Leipzig · **Tobler** Breslau · **Berend** Budapest
Comba Florenz · **Johannessen** Kristiania · **Koplik** New-York · **Marfan** Paris · **Schkarin** St. Petersburg · **Thomson** Edinburg · **Wieland** Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.
Preis der „Referate", jährlich 2 Bände, pro Band (ca. 40 Bogen) Mk. 20.—.
Preis der „Originalien" (ca. 45—50 Bogen) jährlich Mk. 30.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XIII. Referate. Nr. 4.

Die Therapie der Kinderkrankheiten im Jahre 1913.

Sammelreferat von Privatdozent **Dr. Birk** (Kiel).

Inhalt.

1. Krankheiten der Neugeborenen.
2. Akute Infektionen.
3. Chronische Infektionen.
4. Atmungsorgane.
5. Verdauungstraktus.
6. Würmer.
7. Hautkrankheiten.
8. Nervenkrankheiten.
9. Konstitutionsanomalien.
10. Erkrankungen der Harnwege.
11. Allgemeines.
12. Schädigungen durch Medikamente.

1. Krankheiten der Neugeborenen.

Blennorrhöe.

Zur Prophylaxe der Blennorrhöe der Neugeborenen empfiehlt Weidenbaum (1), stets nur frisch hergestellte Lösungen zu benutzen und dazu die Merkschen Tabletten von 1,0 Arg. nitric. zu verwenden.

Versorgung der Nabelschnur.

Nadory (2) unterbindet die Nabelschnur am Übergang der Warthonschen Sulze in die Haut mit einem Seidenfaden, trägt den übrigen Nabelstrang ab und bepinselt den Rest und die Umgebung mit Jodtinktur.

Geburtsverletzungen.

Zur Behandlung von Schädelimpressionen benutzt Kosmak (3) einen kurzen, rechtwinklig abgebogenen Haken, der nach Jodtinkturdesinfektion der Haut des Schädels durch den Knochen durchgestoßen wird und den Knochen heraushebelt.

Wenn bei neugeborenen Kindern der Verdacht auf subdurales Geburtshämatom besteht, so liegt nach Henschen (4) die Indikation zur Probepunktion vor. Dieselbe wird mit weitem Troicart im tiefsten Winkel der großen Fontanelle parallel dem Scheitelbein gemacht. Findet sich flüssiges Blut, so aspiriert man und injiziert eventuell Koagulin nach Kocher-Fonio zur Verhinderung der Nachblutung. Ist das Blut geronnen, so ist die Trepanation notwendig: das Scheitelbein wird an der großen Fontanelle angeschnitten, zurückgeklappt und das Hämatom ausgeräumt.

16 Fälle: 7 Heilungen.

Auch Wilcox (5) empfiehlt frühzeitiges chirurgisches Eingreifen: in einem seiner Fälle fand sich bei einem 4 Tage alten Kinde ein Blutgerinnsel über der motorischen Region; bei einem 3½jährigen Kinde war das Gerinnsel bereits zystisch entartet und hatte zur dauernden Schädigung geführt.

Asphyxie.

Eine Anzahl neuer Methoden sind zur Bekämpfung der Asphyxie der Neugeborenen angegeben worden: so die Insufflation von Mund zu Mund nach Douthy (6). Wenn alle Methoden vergeblich angewendet sind, soll man das Kind warm einhüllen, den Mund mit Gaze bedecken und dem Kind die Exspirationsluft einblasen. Das Einblasen wiederholt man etwa 12 bis 15mal in der Minute. Das wirksame Prinzip bei dieser Methode ist nicht die eingeblasene Luft selbst, sondern der Druck auf das Herz. Durch letzteren soll das Blut aus dem Herzinnern ausgepreßt werden. Nach demselben Prinzip arbeitet ein von Engelmann (7) angegebener Apparat zur Behebung des Scheintodes Neugeborener: derselbe ist dem Tiegelschen Apparat zur Sauerstoffüberdrucknarkose nachgebildet, besteht aus einer Sauerstoffbombe mit Ventil, einer Maske nebst Gummiballon als Luftreservoir. Durch Sauerstoffüberdruck wird die Inspiration und durch rhythmische Pression des Thorax die Exspiration bewirkt. Auf diese Weise gelingt es, bei meßbarem Druck gleichmäßig und beliebig lange rhythmisch 0 zuzuführen.

Clifton (8) arbeitet ebenfalls mit einem Apparat, Pulmotor genannt. Derselbe besteht aus einem Glaszylinder, durch den die Luft mittels rhythmischer Bewegungen eines Hebels in die Lungen hineingepreßt wird und wieder herausgesaugt wird.

Kühn (9) hat für Erwachsene eine Methode angegeben, die sich gewiß auch für Kinder anwendbar machen ließe: er führt eine Art Tubus in die Trachea ein und bläst mit einem Gebläse Luft ein.

Blutungen.

Bei Meläna und Nabelblutung infolge Sepsis neon. hat Blühdorn (10) mit Erfolg Seruminjektionen angewendet. Bei Nabelblutungen injizierte er letzteres rings um den Nabel herum. Auch Kalksalze empfiehlt er in ähnlichen Fällen zu geben, und zwar in großen Dosen: 3 bis 6 g Calc. acetic. oder chlor. in 24 Stunden. (Vgl. später.) Auch Jennings (11) hat bei Meläna erst 7, dann einige Stunden später 8 cm^3 normalen Pferdeserums gegeben, mit Erfolg, doch trat hinterher eine geringe Urtikaria auf.

Ein neuer Fall von Heilung einer Meläna durch Injektion defibrinierten Menschenblutes wird von Merkens (12) beschrieben. (30 cm^3 Blut aus der Armvene entnommen, durch Schütteln mit Glasperlen defibriniert und davon 12 cm^3 injiziert.)

1. **Weidenbaum.** Zur Blennorrhöeprophylaxe am Neugeborenen. Petersburger med. Zeitschr., Bd. 38, S. 134.
2. **Nadory.** Einfache chirurgische Versorgung des Nabelschnurrestes. Zentralbl. f. Gynäkol., S. 765.
3. **Kosmak.** Immediat treatment of depressed fraktures of the skull in the newborn. Amer. Journ. of Obstetr., S. 264.
4. **Hensehen.** Die Diagnose und therapeutische Fontanellenaspiration des subduralen Geburtshämatoms der Neugeborenen. Zentralblatt f. Gynäkol., S. 925.
5. **Wilkox.** Schädeltrauma beim Neugeborenen. Boston Med. Journ., S. 568.
6. **Dougthie.** Asphyxia neon. Virgin. Med. Sem. usw., Bd. 18, S. 33.
7. **Engelmann.** Die Sauerstoffdruckatmung zur Bekämpfung des Scheintodes der Neugeborenen. Med. Klinik, S. 325.
8. **Clifton.** The infants pulmotor. Amer. Journ. of Obstetr., S. 255.
9. **Kühn.** Die erste Hilfe bei Asphyxien mit direkten Einblasungen von Luft. Münchener med. Wochenschr., S. 647.
10. **Blühdorn.** Die Therapie sogenannter unstillbarer Blutungen im Säuglingsalter. Berliner klin. Wochenschr., S. 14.
11. **Jennings.** Hemorraghe disease of the newborn usw. Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, April.
12. **Merkens.** Ein Fall schwerster Meläna neon. geheilt durch Injektion von defibriniertem Menschenblut. Münchener med. Wochenschrift, S. 971.

2. Infektionskrankheiten.

Zusammenfassende Aufsätze über die Behandlung der Infektionskrankheiten sind von Grober (6), von Fischl (7) (über Scharlach) sowie von Benjamin (8) — ebenfalls über Scharlach — veröffentlicht worden.

Diphtherie.

Das neue Diphtheriemittel Behrings (1) betreffen eine Reihe von Aufsätzen: Zuerst berichtet Behring selbst darüber: die passive Immunisierung hält bekanntlich nur eine Reihe von Wochen an. Eine längere Schutzwirkung läßt sich nur durch aktive Immunisierung erzielen. Diese soll durch das neue Präparat bewirkt werden. Es ist eine Mischung von Diphtheriegift mit Diphtherie-

antitoxin, und zwar in einem solchen Verhältnis, daß sie im Meerschweinchenversuch nur einen geringen oder gar keinen Toxinüberschuß aufweist. Damit behandelt, sinkt der Antitoxingehalt des Körpers erst etwa nach 2 Jahren so weit, daß die Grenze des Schutzes gegen eine Diphtherieinfektion erreicht ist. Die Menge des Antitoxins, das durch die Immunisierung mit dem Beringschen Gemisch im Menschen erzeugt wird, ist zeitweise sehr hoch: nach einer Injektion von $^1/_{16}$ cm³ der Mischung war sie gleich 600.000 Antitoxineinheiten.

Der Gebrauch des Mittels ist freigegeben, ist aber an die Abfassung eines sehr komplizierten Protokolls geknüpft.

Schreiber (2) hat 40 Patienten damit behandelt, in Abständen von 3 bis 5 Tagen wurde es subkutan oder intramuskulär injiziert, es ist absolut ungefährlich, nur in wenigen Fällen rief es eine Reaktion hervor. Letztere war jedoch in 3 bis 4 Tagen gewöhnlich wieder geschwunden, 2 Fälle zeigten leichte Lymphdrüsenschwellungen, 5 Fälle etwas Temperatur. In 4 Fällen versagte die Methode, in den übrigen ließ sich Antitoxin nachweisen. Bei 10 Patienten stieg der Antitoxingehalt nach steigenden kleinen Dosen auf 250 bis 2500 Antitoxineinheiten im Gesamtblute an. Ein Nachteil der Methode ist, daß erst frühestens am 21. Tage nach der ersten Injektion die Immunisierung einsetzt.

Zangemeister (3) hat die Methode bei 4 Schwangeren und 14 Neugeborenen angewandt. Bei ersteren trat schon bei 30 mg eine Reaktion, bei solchen, die Diphtherie überstanden hatten, schon bei noch kleineren Mengen ein. Neugeborene dagegen reagierten erst bei 100 mg.

Kleinschmidt und Viereck (5) berücksichtigen in ihrer Mitteilung die Technik der Anwendung des Mittels. Es genügt nach ihren Feststellungen ein Gehalt von $^1/_{20}$ Antitoxin pro Kubikzentimeter Blut, um den Menschen vor der Infektion zu schützen. Die Zeit bis zum Auftreten des Antitoxins beträgt nach ihren Untersuchungen nur 8 bis 16 Tage.

Klinisches und Kritisches zur alten Beringschen Diphtheriebehandlung bringt Reiche (9). Um über ihren Wert einen Aufschluß zu bekommen, untersuchte er an je 2000 Fällen, ob die früher gegebenen kleinen Dosen oder die heutigen großen nutzbringender seien. Die Mortalität war beide Male dieselbe, nämlich 13%.

Beyer (10) hat Untersuchungen über den Nutzen der intravenösen Anwendung des Serums angestellt. Die so injizierten Fälle schienen eher zu entfiebern als die übrigen. Doch war dieser Unterschied nicht mehr vorhanden, wenn die Behandlung erst im weiteren Verlaufe der Behandlung einsetzte. Hinsichtlich des Effektes auf die Rachenerkrankung bestand kein Unterschied der Methoden der Injektion.

Brückner (11) warnt auf Grund eines großen Materials (1200 Fälle) vor der fortgesetzten Intubation und empfiehlt die frühzeitige sekundäre Tracheotomie.

Zur Unterstützung der Serumtherapie empfiehlt Rendu, vermittels eines „Föhn"apparates Heißluft in den Rachen strömen zu lassen. Die Anwendung derselben soll angeblich sehr angenehm empfunden werden und schmerzlindernd wirken.

Bazillenträger.

Zur Beseitigung der Bazillen hat Strauch (13) den Rachen mit offizineller Jodtinktur gepinselt. Nach 3mal täglich vorgenommener Pinselung war der Rachen sehr schnell bazillenfrei.

Rolleston (14) hat die Nase und den Rachen von mit Diphtheriebazillen behafteten Kindern mehrmals täglich mit Bouillonkulturen des Staphylococcus pyogenes aureus besprayt und betupft. Unter 10 Fällen waren in 6 nach 2 bis 7 Tagen die Bazillen verschwunden. Bei Nasendiphtherie war die Methode in 2 Fällen erfolglos. Bei 8 Kindern trat nach beziehungsweise infolge dieser Behandlung eine leichte Rachenentzündung auf.

Die Anwendung des Staphylokokkensprays gab Anlaß, es auch mit einem Milchsäurespray zu versuchen, denn der Milchsäurebazillus ist kein Eitererreger und steht außerdem dem menschlichen Körper ziemlich nahe. Wood (16) benutzte eine 1 bis 2 Tage alte Agarkultur, zerrieb sie im Mörser und sprayte sie ein. Die behandelten Menschen verloren sehr schnell ihre Bazillen.

Mit Yatren (früher Tryen) glaubt Bischoff günstige Erfolge bei Dauerausscheidern von Diphtherie (und Typhus) erzielt zu haben. Es wird mittels eines Pulverbläsers auf die Rachenorgane appliziert und scheint die Dauerausscheidung abzukürzen. (In einem Falle wurden aber trotz Yatren über 3 Wochen, in einem anderen gar 5 Wochen lang Diphtheriebazillen kulturell nachgewiesen.)

Prophylaxe.

Eine radikale Änderung des jetzigen Modus der Wohnungsdesinfektion, die ja in der Tat vielfach zu einer Farce geworden ist, hat die Stadt Harburg durchgeführt: es wurde eine Seuchenfürsorgeschwester angestellt, deren Aufgabe war, im Haushalt selbst den Kranken aufzusuchen, dort Schutzmaßregeln zu treffen, späterhin mit Hilfe der Hausfrau eine gründliche Reinigung der ganzen Wohnung vorzunehmen. Erst wenn ihre Anordnungen nicht befolgt werden, tritt als Strafe die polizeiliche Desinfektion in Kraft, die im übrigen als eine zwecklose und unnütze Kosten verursachende Maßregel bezeichnet wird.

1. **Behring.** Über ein neues Diphtherieschutzmittel. Deutsche med. Wochenschr., S. 873.
2. **Schreiber.** Zur Prophylaxe und Therapie der Diphtherie. Deutsche med. Wochenschr., S. 928.
3. **Zangemeister.** Die Anwendung des neuen Diphtherieschutzmittels in der Marburger Frauenklinik. Deutsche med. Wochenschr., S. 977.

4. **Viereck.** Technische und theoretische Bemerkungen zur Anwendung des neuen Diphtherieschutzmittels. Deutsche med. Wochenschrift, S. 978.
5. **Kleinschmidt** und **Viereck.** 4. Mitteilung über Behrings Diphtherievakzine. Deutsche med. Wochenschr., S. 1977.
6. **Grober.** Allgemeine Behandlung der Infektionskrankheiten. Deutsche med. Wochenschr., S. 681.
7. **Fischl.** Vom Scharlach. Med. Klinik, S. 319.
8. **Benjamin.** Therapie des Scharlachs. Therap. Monatsh., S. 97.
9. **Reiche.** Klinisches und Kritisches zur Behringschen Diphtheriebehandlung.
10. **Beyer.** Über die intravenöse Anwendung des Diphtherieheilserums. Münchener med. Wochenschr., S. 1867.
11. **Brückner.** Zur Frage der fortgesetzten Intubation bei der Behandlung der diphtherischen Kehlkopfstenose. Zeitschr. f. Kinderheilkunde, Bd. 6, S. 500.
12. **Rendu.** Les inhalations d'air chaud dans le traitement de la diphtherie. Gaz. des hop., S. 217.
13. **Strauch.** Systematische Jodpinselung des Rachens zur Beseitigung von Diphtheriebazillen. Therap. d. Gegenwart, S. 390.
14. **Rolleston.** The treatment of diphtheria bacillus carriers with bouillion cult. of staphyloc. pyog. aureus. British Journ., S. 98.
15. **Bachmann.** Maßregeln gegen Diphtherie in der Stadt Harburg. Zeitschr. f. Medizinalbeamte, S. 216.
16. **Wood.** Lactic-acid bacillus spray for diphtherie. Journ. of the Amer. Med. Assoc., S. 392.
17. **Bischoff.** Bekämpfung der Dauerausscheidung von Bazillen mittels Yatren (Tryen). Deutsche med. Wochenschr., S. 1834.

Scharlach.

Zusammenfassende Darstellungen über die Behandlung des Scharlachs haben Benjamin und Fischl (1) geliefert, ein französisches Sammelreferat Schreibers (2) behandelt die Serotherapie des Scharlachs.

Für die Behandlung des Scharlachs mit Salvarsan eignet sich nach Jochmann (3) nur das Altsalvarsan, nicht das Neusalvarsan. Er injiziert pro Kilogramm Körpergewicht 0·1 Salvarsan intravenös oder intramuskulär. Etwaige mit der Injektion verknüpfte Nebenerscheinungen schwinden gewöhnlich nach 5 Stunden. Die Wirkung äußert sich in einer Besserung des Allgemeinbefindens, Schwinden der Kopfschmerzen u. ä. Besonders günstig soll die Wirkung auf die Scharlachangina und Angina necrotica sein.

Die Nachkrankheiten werden nicht beeinflußt, auch die Scharlachsepsis nicht.

Ebenfalls günstige, den Leser aber leider nicht sehr überzeugende Erfolge wollen Lenzmann (4) und Fischer (5) erzielt haben.

Walker (6) hat 50 Scharlachkranke mit einer Streptokokkenvakzine gespritzt und 50 Kontrollfälle unbehandelt gelassen. Die Dosen betrugen 5 bis 10 Millionen Keime, die in etwa 4tägigen Intervallen aufs Doppelte gesteigert wurden. Die Erfolge waren verschieden, im allgemeinen nicht sehr groß.

Milnes Eukalyptusprophylaxe, über die andere deutsche Autoren bereits hinweggegangen sind, wird von Elgart (7) noch einmal aus der Versenkung hervorgezogen.

Bei schwerster Scharlachsepsis, wo alles versucht war, wurden durch einen Aderlaß einige 100 cm^3 Blut entfernt und sofort 200 bis 400 cm^3 Normalserum körperwarm intravenös gegeben. Von 5 Kranken wurden 3 geheilt. (Bennecke (18)).

1. **Benjamin, Fischl.** Siehe oben.
2. **Schreiber.** La sérotherapie dans la scarlatine. Paris, med., S. 220.
3. **Jochmann.** Salvarsan bei Scharlach. Kongreß f. innere Med., 1913.
4. **Lenzmann.** Weitere Erfahrungen über die Beeinflussung des Scharlachs durch intravenöse Salvarsaninjektionen. Naturforscherversammlung 1913.
5. **Fischer.** Treatment of scarlet fever usw. Arch. of Pediatrics, S. 352.
6. **Walker.** The treatment of scarlet fever by streptococcal vaccines. Public health., S. 130.
7. **Elgart.** Zur Eukalyptusfrage bei Scharlach und Masern. Med. Klinik, S. 1251.
8. **Bennecke.** Behandlung schwerster Sepsis mit intravenöser Infusion größerer Mengen menschlichen Normalserums nach vorausgegangenem Aderlaß. Münchener med. Wochenschr., S. 1926.

Keuchhusten.

Die Literatur der Keuchhustentherapie wird ganz beherrscht von der Vakzinebehandlung, nur Rey (1) berichtet über die medikamentöse Behandlung der Pertussis mit Thiokol, $5 \times 0{\cdot}5$ g bei Säuglingen in Wasser oder Himbeersaft ¼ Stunde vor der Mahlzeit.

Bei der Vakzinebehandlung begegnet man den verschiedensten Methoden: Wilson (2) nahm eine Vakzine aus abgetöteten Bordet-Gengouschen Bazillen (20 bis 40 Millionen), entweder allein oder in Verbindung mit 0·03 Natr. cacodylic.

Sill (3) gab ein Vakzinegemisch: 50 Millionen Keuchhustenbazillen, 20 Millionen Staphylococcus aureus + 20 Millionen Mikrococcus catharrhalis.

Bamberger (4) vereinigte mehrere Stämme des Bordet-Gengouschen Bazillus zu einer polyvalenten Vakzine.

Nicolle und Conor (5) inokulierten lebende (abgeschwächte) Bordet-Gengousche Bazillen, die 48 Stunden auf Kartoffelblutagar gewachsen waren.

Mit Adrenalin behandelten Fletscher (6) und Lord (7) den Keuchhusten: erste Gabe 0·6 bis 0·18 einer 1‰igen Lösung 3 bis 4stündlich innerlich, und zwar bei 40 Kindern, ohne jede andere Therapie. Erbrechen, Anämie und Schwäche wurden angeblich beseitigt. Lord gab 4stündlich 0·18 der gleichen Lösung. Er behandelte nur 4 Fälle, beobachtete aber ein promptes Besserwerden.

1. **Rey.** Über die medikamentöse Behandlung der Kindertuberkulose und des Keuchhustens. Therap. d. Gegenwart, S. 397.
2. **Wilson.** The vaccine treatment of whooping cough. Amer. Med., S. 440.
3. **Sill.** Whoopingcough. New Yorker med. Journ., S. 823.
4. **Bamberger.** The vaccine therapy of whooping-cough. Amer. Journ. of Child. Dis., S. 33.

5. **Nicolle et Conor.** Vaccinotherapie dans le coqueluche. Compt. rend. hebdomair. des seanc. de l'acad., S. 1849.
6. **Fletscher.** Adrenalin bei Keuchhusten. Brit. Med. Journ., Dezember.
7. **Lord.** Adrenalin bei Keuchhusten. Brit. Med. Journ., Juli.

Typhus.

Auch in der Literatur der Typhusbehandlung dominiert die Vakzine therapie. Doch haben sich fast ausschließlich ausländische Autoren damit beschäftigt: so hat Netter (1) den Typhus mit einem sensibilisierten Vakzin nach Besredka behandelt, das in Mengen von 500 Millionen an 3 aufeinanderfolgenden Tagen, angeblich mit gutem Resultat, injiziert wurde. Josne und Belloir (2) haben ein aus den Bazillen des Patienten selbst hergestelltes Vakzin benutzt und 3 bis 4mal je 200 Millionen davon eingespritzt. Thiroloix und Bardou (3) gaben ein Vincentsches Vakzin (100 Millionen) intravenös, erlebten jedoch schwere Zufälle dabei.

Der Wert der Typhusschutzimpfung wird durch eine Arbeit von Hunt (4) illustriert, die eine Typhusepidemie behandelt, bei der eine große Anzahl Personen geimpft wurden, während die Mehrzahl ungeimpft blieb. Von den Geimpften erkrankten 4·86%, während von den Nichtgeimpften 14·28% erkrankten.

Triboulet und Levy (5) wollen den Typhus durch subkutane Urotropininjektion günstig beeinflußt haben (von 0·4 bis 6·0 pro die steigend) — eine Behandlung, die aber in mehreren von Belkowsky(6) mitgeteilten Fällen zur Hämaturie führte.

1. **Netter.** Vakzinetherapie des Typhus. Bull. de la société med., Bd. 136, S. 13.
2. **Josne** und **Belloir.** Antityphöse Autovakzination. Bull. de la société med., S. 145.
3. **Thiroloix** et **Bardou.** Intravenöse Typhusschutzimpfung. Bull. de la société med., S. 108.
4. **Hunth.** The use of antityphoid vaccine during the course of an epidemie. Amer. Journ. of the Med. Scienc., Juni 1913.
5. **Triboulet** und **Levy.** Les injections sous-coutanees d'urotropine dans le traitement de la fievre typhoide. Presse med., S. 145.
6. **Belkowsky.** L'hematurie au cours de fievre typhoide traitée par l'urotropine. Rev. de med., August 1913.

Andere akute Infektionen.

Meningitis cerebrospinalis ist durch Injektion von Diphtherieserum von Rawitsch (1) geheilt worden. Indes sind keine Lumbalpunktionen gemacht worden.

Lyssa. Neosalvarsan, bei Tollwut intravenös (0·3 g) gegeben, erwies sich als wirkungslos bei einem 6jährigen Kinde. (v. Zumbusch.)

Tetanus: Mehrfach werden Fälle berichtet von Heilung des Tetanus durch Magnesiumsulfatinjektionen, so von Kocher (3), der 3 Fälle behandelte, von denen einer starb, während die anderen gesundeten. Es wurden täglich 2 bis 5 cm³ einer 15%igen Magnesium-

sulfatlösung intradural injiziert, mehrmals hintereinander. Nebenbei wurde aber noch Antitoxin gegeben. Die Krampfanfälle hörten sofort auf, aber es setzte eine schwere Atemlähmung ein, die die Tracheotomie erforderte.

Gonorrhöe: Über 4 mit Xerase geheilte Fälle kindlicher Gonorrhöe berichtet Abraham (4) (4 bis 17mal entweder eingepudert oder als Stift aus Xerase und Tragant angewendet). Bruck und Sommer (5) haben u. a. auch ein 6jähriges Mädchen, das an Gonorrhöe litt, mit intravenösen Arthigoninjektionen geheilt.

Plaut-Vinzentsche Angina. Citron (6) hat in 2 Fällen bei Plaut-Vincentscher Angina 0·1 Salvarsan in 5 cm³ Glyzerin aufgepinselt und nach 3 Tagen bereits die Bazillen und nach 5 Tagen das seit 2 Monaten bestehende Geschwür abheilen sehen. Auch Assmy und Kyritz (7) haben ähnliche Erfolge erzielt.

1. **Rawitsch.** Ein Fall von epidemischer Genickstarre, geheilt durch Antidiphtherieserum. Zentralbl. f. innere Med., S. 393.
2. **v. Zumbusch.** Erfolglose Anwendung von Salvarsan bei Lyssa. Wiener klin. Wochenschr., S. 1209.
3. **Kocher.** Weitere Beobachtungen über die Heilung des Tetanus mit Magnesiumsulfat. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte, S. 97.
4. **Abraham.** Zur Xerasebehandlung des weiblichen Fluor. Berliner klin. Wochenschr., S. 1065.
5. **Bruck** und **Sommer.** Über die diagnostische und therapeutische Verwertbarkeit intravenöser Arthigonininfektionen. Münchener med. Wochenschr., S. 1185.
6. **Citron.** Zur Therapie der Angina Plaut-Vincenti. Berliner klin. Wochenschr., S. 627.
7. **Assmy** und **Kyritz.** Über Salvarsanbehandlung geschwüriger Prozesse usw. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene, S. 217.

3. Chronische Infektionen.

Syphilis.

Die zahllosen Veröffentlichungen zur Frage der Behandlung der Syphilis mit Salvarsan oder Neusalvarsan oder beiden oder mit Quecksilber können hier füglich unerwähnt bleiben. Sie sind zum Teil gesammelt und herausgegeben von Ehrlich (1). Vorläufig finden sich in dieser großen Salvarsanliteratur noch die größten Widersprüche. Leider wird auch wieder von zahlreichen Salvarsanschädigungen und mehreren Todesfällen berichtet. Was das Kindesalter anbetrifft, so gibt eine Arbeit von Müller-Rummelsburg (2) einen wünschenswerten Überblick über den Wert der Salvarsantherapie im Vergleich zur alten Quecksilbertherapie. Müller injiziert in die Schädelvenen und benutzt eine Lösung von 0·1 Salvarsan beziehungsweise 0·15 Neusalvarsan in 2 cm³ frischbereiteter phys. Kochsalzlösung. Er gibt pro Kilogramm Körpergewicht 0·15 Neusalvarsan und macht gewöhnlich 2 Injektionen mit einem Zwischenraum von 14 Tagen. Nach 2 bis 3 Monaten werden die Injektionen wiederholt. Er wendet auch noch einen zweiten Modus der Behandlung an, indem er eine kombinierte Quecksilbersalvarsanbehandlung gebraucht. Er

schiebt dabei in eine Quecksilberkur 2 Neusalvarsaninjektionen ein: das Kind erhält 2 Wochen lang je 2 Sublimatspritzen, in der dritten Woche Salvarsan, in den folgenden 2 Wochen lang wieder Sublimat, in der sechsten Woche Salvarsan und dann wieder 2 Wochen lang Sublimat. Nach 2 bis 4 Monaten wurde eventuell die Kur wiederholt.

Auf Grund seiner Erfahrungen gibt er folgendes Urteil ab: „Die reine Salvarsanbehandlung hat vor der Quecksilbertherapie vorläufig keine eindeutigen Vorteile. Die Wassermannsche Reaktion wird nicht früher bleibend negativ, anderseits schwinden die frischen luetischen Symptome gleich schnell unter beiden Methoden."

Unter diesen Umständen ist es nicht verwunderlich, wenn auch wieder neue Quecksilberpräparate auf den Markt gebracht werden. Richter (3) empfiehlt das Kontraluesin, ein molekular zerstäubtes Quecksilber, Hädicke (4) das Hydralon, das in graduierten Glaszylindern in den Handel kommt, 33% metallisches Quecksilber enthält, nicht teuerer ist als graue Salbe und „farblose" Schmierkuren gestattet.

1. **Ehrlich.** Abhandlungen über Salvarsan. München bei Lehmann.
2. **Müller.** Die Therapie der Lues kongenita. Therap. Monatshefte, S. 706.
3. **Richter.** Über molekular zerstäubtes Quecksilber usw. Dermat. Wochenschr., S. 1218.
4. **Hädicke.** Über farblose Schmierkuren in der modernen Therapie der Syphilis. Reichs-Medizinalanzeiger, S. 515.

Tuberkulose.

1. Modifikationen des Tuberkulins.

Bruschettinis (1) Serumvakzin ist ein Serum, das mit einer Vakzine vereinigt ist. Letztere wird von Tuberkelbazillen hergestellt, die längere Zeit mit lebenden Leukozyten in Berührung waren. Es ist angeblich unschädlich, wird auch reaktionslos vertragen, wird 1 bis 2mal wöchentlich injiziert.

Tuberculomuzin von Weleminsky wird so hergestellt, daß in eigenartigen Kolben und durch systematische Auswahl bestimmter Kulturen ein Stoffwechselprodukt der Tuberkelbazillen gewonnen wird. Letzteres, das sich als Muzin herausgestellt hat, soll bei Tieren (Kühen) gute Erfolge gezeigt haben. Bei Menschen ist es in 34 Fällen versucht worden. Die Originallösung wurde mit 1%iger Karbollösung im Verhältnis von 2 : 100 verdünnt und subkutan injiziert. Die Dosis für Kinder betrug 2 mg. Tuberkulöse Individuen zeigten typische Reaktionen: Fieber, allgemeine, Stich- und Herdreaktion. Die Maximaldosis beträgt 10 mg. Angeblich gute Erfolge. Namentlich bei Haut- und Drüsentuberkulose. Diese von Poduschka (2) erzielten Erfolge werden von Götzl (3) bestätigt.

Tebesapin wird durch Einwirkung ölsauren Natrons auf Perlsuchtbazillen gewonnen. Durch Schütteln werden die Keime abgetötet und entgiftet (Molliment). Es wird per os, intravenös

mit nachfolgender intramuskulären Injektion eventuell sogar zur Inhalation gebraucht. Sein Erfinder behauptet, daß im Tierversuch ein hoher Impfschutz mit dem Präparat erzielt wurde. Müller und Wolf (5) prüften im Kochschen Institut diese Angabe nach und fanden das Mittel völlig wirkungslos.

Tubolytin stammt aus dem Behringschen Institut und ist eine Flüssigkeit, die aus Tuberkelbazillenkulturen ohne Anwendung höherer Temperaturen und unter Vermeidung chemischer Agentien hergestellt ist, und deren Tuberkulinwert bei der subkutanen Injektion von Meerschweinchen $^1/_5$ des Alttuberkulins ist. Es soll einen guten Ersatz für das Alttuberkulin bilden.

Maraglianos Tuberkuloseserum wird seit 1895 mit großem Erfolge in Frankreich und in Italien angewendet. Seine Herstellung ist folgende: Tuberkelbazillen werden zerrieben und filtriert, das Filtrat dann gemischt mit Kochsalzlösung, in der ebenfalls eine Zeit lang Tuberkelbazillen enthalten waren, diese Mischung wird Ziegen injiziert und deren Serum wird dann benutzt. Dasselbe wird subkutan oder in loco injiziert. Aber auch die Verfütterung des Blutes der Ziegen und deren Milch gibt gute Erfolge!

Tuberkulin mit Nuklein (0·0002 + 0·05) hat Hohl (8) kombiniert. Angeblich soll das aus Milzpulpa hergestellte Nuklein Horbacewsky eine Leukozytose herbeiführen, die die Wirkung des Tuberkulins unterstützt.

Jodtuberkulin (Tub. jodin) soll den Boden für eine rationelle Kombinationstherapie im Sinne Ehrlichs bereiten!

Rosenbachsches Tuberkulin. Beck (10) berichtet über gute Erfolge, Bergmann (11) nennt seine Heilerfolge sogar ganz hervorragende, gibt aber trotzdem zu, daß es ein sicheres und vollkommenes Heilmittel nicht sei; Kausch (12) hat wieder gute Erfolge gesehen. Drowatzky und Rosenberg (13) haben auch in vielen Fällen günstige Erfolge erzielt, in anderen aber wieder ausgesprochene Mißerfolge, und Lesser und Kögel (14) resumieren, daß das „altbewährte Tuberkulin" nicht durch das Rosenbachsche zu ersetzen sei.

Kochsches Tuberkulin. Wie gänzlich ungeklärt im übrigen das Urteil über dieses „altbewährte Tuberkulin" noch immer ist, geht am besten aus einer Zusammenfassung von Gerharz (15) über die Grundlagen der Tuberkulinbehandlung hervor: Der sichere Nachweis der Heilkraft des Tuberkulins, so schreibt er, steht noch aus und es liegt keine Veranlassung vor, den von einigen Tuberkulinenthusiasten vertretenen Standpunkt, daß seine Nichtanwendung ein Kunstfehler sei (Lenhartz), zur allgemeinen Geltung zu bringen.

Auch Makenzie (16) äußert sich sehr skeptisch zu den Tuberkulinerfolgen.

Neumann (17) hat über den Einfluß des Kochschen Tuberkulins und des Rosenbachschen Tuberkulins auf die Impftuberkulose des Meerschweinchens Untersuchungen angestellt: Weder

bei dem einen noch bei dem andern fand sich irgend ein Effekt immunisatorischer Art!

Marmorekserum. Auch das Marmorekserum hat seine Rolle noch nicht ausgespielt. Henius und Rosenberg (20) haben es verwendet, teils subkutan, teils per klysma. Es wurden nur schwerste Fälle behandelt. Zuerst wurde das Serum in Mengen von 5 cm^3 subkutan gegeben, danach, wenn die Injektionsstelle sich rötete, wurden 10 cm^3 rektal gegeben. Unter 23 Fällen wurden bei 12 „Erfolge" erzielt., d h. es wurden Gewichtszunahmen, Besserung der subjektiven Beschwerden u. dgl. erzielt.

Friedmannsches Serum. Das Friedmannsche Serum ist von Max Hase & Comp., Berlin-Weißensee, zu beziehen. Über seinen Wert und seine Wirkungsweise liegen zurzeit erst wenige Zeugnisse vor, eigentlich nur diejenigen, die von Schleich, Müller, Thalheim u. a. in der bekannten Sitzung der Berliner Medizinischen Gesellschaft abgegeben wurden. Ihre anfänglich hoch eingeschätzte Beweiskraft ist später von Klemperer (21) kritisch und klinisch beleuchtet und erheblich herabgemindert worden.

Westenhöfer (22) hat einen Fall von Tuberkulose, der mit Friedmannschem Serum gespritzt worden war, seziert und hat feststellen können, daß an der Injektionsstelle eine Impftuberkulose entstanden war.

Mannheimer (23) hat 18 von Friedmann in New York injizierte Fälle nachuntersuchen können; keiner war gebessert, bei keinem war das Fieber geschwunden, 5 Patienten hatten lokale Abszesse davongetragen. Er nennt Friedmanns Vorgehen „unwissenschaftlich und kritiklos".

2. Chemotherapie.

Verwendet wurden im wesentlichen Gold- und Kupferpräparate.

Die Versuche mit Gold gehen auf Koch zurück, der 1890 feststellte, daß Zyangoldverbindungen die stärkste desinfektorische Kraft auf Tuberkelbazillen ausüben, wenigstens in vitro.

Bruck und Glück (24) verwendeten Aurumkaliumzyanat (Merk), welches sie Erwachsenen in Dosen von 0·03 bis 0·05 in 50 bis 100 cm^3 NaCl-Lösung intravenös verabfolgten. Bei höheren Dosen traten Nebenerscheinungen auf (Ikterus). Wegen der letzteren müssen sich die Dosen so niedrig halten, daß eine Abtötung der Bazillen mit dieser Methode gar nicht zu denken ist. Aber — so schließen die Verfasser — vielleicht lassen sich die Bazillen wenigstens schädigen! Sie kombinierten auch das Gold mit Tuberkulininjektionen. Letztere Methode der Kombinierung hält auch Bettmann (25) für erfolgreicher als die bloße Tuberkulinbehandlung, während Ruete (26) weder mit Goldzyanat allein noch mit Tuberkulin kombiniert einen Heilerfolg sah.

Eine Modifikation des Goldverfahrens ist von Spieß angegeben worden; er benutzte das Kantharidin, das in allen tuberkulösen Entzündungsherden eine Lokalreaktion hervorruft, als Träger der

Goldpräparate, um durch diese die Tuberkelbazillen zu schädigen. Mit diesen Präparaten — Kantharidinäthylendiaminaurizyanid und -aurichlorid — hat Feld bei intravenösen Injektionen gute Erfolge gesehen, zunächst allerdings nur bei Tieren.

Heubner macht darauf aufmerksam, daß er schon vor Jahren mit Goldverbindungen experimentiert und sie als schwere Gefäßgifte kennen gelernt habe. Er warnt deshalb vor ihrer Anwendung und ihren Nebenerscheinungen. Junker (35) hat denn auch regelmäßig schwere Reaktionen nach ihrer Anwendung beobachtet.

Die Behandlung mit Kupfer, das Finklersche Heilverfahren, ist unter anderem von Bodmer (27) angewendet worden. Er verwendete ein von Bayer & Cie. hergestelltes „organisches wäßriges Kupfersalz" zur Injektion und eine Kupfersalbe zur Inunktion. Die Lösung enthielt in 1 cm^3 0·01 g Kupfer und führte den Namen Lösung „H". Anfangs wurden Schmierkuren mit nachfolgender Einreibung von Kampferspiritus angewendet, später Injektionen in die Glutäalmuskulatur. Letztere waren sehr schmerzhaft. Dosierung: 0·5 oder 0·2 cm^3, entsprechend 0·005 beziehungsweise 0·002 g Cu. Es wurde nicht über 3 cm^3 Flüssigkeit hinausgegangen. Durchschnittlich wurde alle 5 bis 6 Tage eine Injektion gemacht. Erfolge: ermutigend!

Kolloidales Kupfer — Elektrokuprol Clin — wird zur intravenösen Applikation zwecks Bekämpfung des Fiebers bei Lungentuberkulose empfohlen. Der Lungenbefund selbst bleibt jedoch dabei unbeeinflußt (Damask).

Von Dioradin haben französische Autoren günstige Erfolge berichtet. Kahn (29) hat diese aber nicht bestätigen können.

Pekanowitsch (30) hat mit den eben genannten Präparaten gleichfalls Versuche gemacht. Mit Dioradin und Jod hat er gar keine Erfolge erzielt. Kupfersalze lösten als einzigen Effekt Lungenblutungen aus. Aurum kalium cyanatum führt schwere Reaktionen herbei: blutige Stühle, Hämoptöe, Erbrechen, Kollapse — beeinflußte jedenfalls die Lungentuberkulose nur ungünstig.

Neue Wege der Chemotherapie haben Mehler und Ascher (31) eingeschlagen, indem sie von der Tatsache ausgingen, daß gewisse Lezithine beziehungsweise Lezithinspaltungsprodukte, wie Cholin und Neurin, eine bakteriolytische Kraft gegenüber Tuberkelbazillen ausüben (Deyke und Much).

Von diesen Mitteln läßt sich das Cholin als lockergebundenes Salz = Borcholin in verhältnismäßig großen Dosen gefahrlos in die Blutbahn bringen, von wo aus es Reaktionen (angeblich ähnlich denen der Röntgenstrahlen) auslösen soll. Die Substanz kommt als 10%ige Borchollösung unter dem Namen Euzytol in den Handel.

In seltener Einstimmigkeit ablehnend lauten die Urteile über Mesbé (Jarosch (32), Rökpe (33), Klein (34), Junker (35). Letzterer macht nähere Angaben über die Kosten einer Mesbekur: 25 g kosten 15 Mark. Zu einer Kur werden 200 g benötigt = 120 Mark.

Ein Novum in der Behandlung der innern Tuberkulose ist die Verwendung der Röntgenstrahlen. Küpferle und Bacmeister (37) haben die experimentelle Tuberkulose der Lungen des Kaninchens so behandelt und als gute Wirkung eine Tendenz zur Bindegewebsentwicklung und Abkapselung beobachten können (große Dosen harter Strahlen 20 bis 30 x am Tag, 2 bis 4 Wochen lang mit 3 mm Aluminiumfilter). Tuberkulöse Drüsen hat Iselin (38) mit Röntgenstrahlen behandelt, im ganzen bei über 200 Patienten. Von 99 geschlossenen sind 63 ganz geheilt worden, die übrigen befinden sich in Heilung. Von 45 fistelnden wurden 29 geheilt und 14 gebessert. 31 Fälle wurden erst operiert und dann bestrahlt, davon wurden 22 vollkommen geheilt. Doch beanspruchte die Behandlung 5 bis 6 Monate. Unter der Therapie verkleinern sich die Drüsen bis auf einen kleinen Rest, wenn sie nicht verkäst sind. Außerdem besteht eine Fernwirkung: nämlich eine Gewichtszunahme infolge Autovakzination durch zerfallende Bakterienleiber.

Zur symptomatischen Therapie der Tuberkulose empfiehlt Stepp (39) Einreibungen mit Mentholthymolschmierseife:

Menthol	10·0
Thymol	2·0
Sap. kalin.	30·0.

Die Seife wird im Turnus auf Rücken, Brust und Oberschenkel eingerieben, je 8 Minuten lang. Schon nach 8 bis 10tägiger Behandlung soll Besserung eintreten. Mit Styrakol hat Mühsam (40), mit Thiokol Rey (42), mit Jodostarin Pertik (41) Erfolge erzielt. Auch Kalk ist selbstverständlich bei Tuberkulose angewendet worden; mit intramuskulären Injektionen von 5% Ichthyolkalzium glaubt Schulze unter anderem (Asthma, Anämie, Basedow) auch bei offenen Tuberkulosen Erfolge erzielt zu haben. Eine Kombination von Kalk mit Kochschem Tuberkulin (um das phagozytäre Vermögen der Leukozyten zu steigern!) kommt als „Sanacalcin" in den Handel (Gödicke & Comp., Leipzig). Jede der Ampullen enthält 0·01 Calc. glycerolaktophosphoricum in 1 cm^3 physiologische Kochsalzlösung + 0·005 Tuberkulin.

Die Wertlosigkeit der Kalksalze bei Tuberkulose ist jedoch von Finsterwalder (44) dargelegt worden.

Einatmen von Asphaltdämpfen ist von Floer (45) zur Behandlung der Tuberkulose empfohlen worden in Gestalt von Fumiformdämpfen: 1- bis 2mal tägliches Einatmen von verdampfenden Fumiformtabletten (Asphaltum purum + Benzoe + Myrrhe) je 1 bis 2 Stunden lang.

Zahlreiche Abhandlungen beschäftigen sich mit der Luft-, Sonnen- (künstliche Höhensonne!), Hochgebirgs- und Meerestherapie der Tuberkulose, ohne jedoch etwas Neues zu bringen. Neu, aber wohl kaum nachahmenswert, ist die operative Behandlung der Bronchialdrüsentuberkulose.

1. **Bruschettini.** Die spezielle Behandlung der Tuberkulose mit dem Br. Serumvakzin. Zeitschr. f. Tuberk., Heft 1.
2. **Poduschka.** Über die Behandlung der Tuberkulose mit Tuberkulomuzin Weleminsky. Wiener med. Wochenschr., Nr. 6.
3. **Götzl.** Erfahrungen mit Tuberkulomuzin Weleminsky. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 40.
4. **Zeuner.** Zur Chemie der Tuberkulose. Zeitschr. f. Tuberkulose, S. 398.
5. **Möllers** und **Wolff.** Experimentelle Untersuchungen mit dem Zeunerschen Tuberkulosepräparat Tebesapin. Veröffentlichungen der Rob. Kochstiftung, Heft 8 und 9.
6. **Siebert** und **Römer.** Ein reines Tuberkulinpräparat (Tubolytin). Brauers Beiträge, S. 193.
7. **Schrumpf.** Die spezifische Tuberkulosetherapie nach Maragliano. Therap. d. Gegenwart, Märzheft.
8. **Hohl.** Kombinierte Tuberkulintherapie. Zitiert nach Zentralbl. f. innere Medizin, S. 844.
9. **Rotschild.** Chemotherapeutische Erfahrungen mit Jodtuberkulin. Med. Klin., Nr. 36.
10. **Beck.** Behandlung der kindlichen Tuberkulose mit Rosenbachschem Tuberkulin. Zeitschr. f. Kinderheilk., Heft 5 und 6.
11. **Bergmann.** Unsere Erfahrungen mit dem Tuberkulin Rosenbach. Therap. d. Gegenwart. November.
12. **Kausch.** Erfahrungen über Tuberkulin Rosenbach. Deutsche med. Wochenschr., S. 252.
13. **Drowatzky** und **Rosenberg.** Erfahrungen mit Tuberkulin Rosenbach. Deutsche med. Wochenschr., S. 1241.
14. **Lesser** und **Kögel.** Über Tuberkulin Rosenbach. Brauers Beiträge, S. 102.
15. **Gerharz.** Die Grundlagen der Tuberkulinbehandlung. Zeitschr. f. physiol. und diätetische Therap., Heft 6.
16. **Makenzie.** Tuberkulin treatment. Lanzet. August.
17. **Neumann.** Untersuchungen über den Einfluß von Alttuberkulin Koch und Tuberkulin Rosenbach auf die Impftuberkulose des Meerschweinchens. Brauers Beiträge, Bd. XXVII, Heft 1.
18. **Marie Hollesen.** Beitrag zur Therapie und Prognose der Tuberkulose im Säuglingsalter und frühem Kindesalter. Ebendort.
19. **Czerny.** Erfahrungen über den Verlauf der Tuberkulose im Kindesalter. Baginsky, Festschrift.
20. **Henius** und **Rosenberg.** Marmorekserum in der Behandlung der Lungentuberkulose. Deutsche med. Wochenschr., S. 780.
21. **Klemperer.** Therapie der Gegenwart, Bd. XXVIII, S. 557.
22. **Westenhöfer.** Berliner klin. Wochenschr., Nr. 27.
23. **Mannheimer.** Vorläufiger Bericht über persönliche Erfahrungen mit der Friedmannschen Behandlung der Tuberkulose. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 28.
24. **Bruck** und **Glück.** Über die Wirkung von intravenösen Infusionen mit Aurum Kalium cyanat. Merk bei äußerer Tuberkulose und Lues. Münchener med. Wochenschr., S. 57.
25. **Bettmann.** Über kombinierte Behandlung des Lupus mit Alttuberkulin und Aurum kalium cyanat. Münchener med. Wochenschr., S. 798.
26. **Ruete.** Über den Wert des Aurum Kalium cyanat. bei der Behandlung des Lups usw. Deutsche med. Wochenschr., S. 1727.
27. **Bodmer.** Über Chemotherapie der Lungentuberkulose, speziell das Finklersche Heilverfahren. Münchener med. Wochenschr., S. 1756.
28. **Damask.** Beitrag zur Behandlung des Fiebers bei der Lungentuberkulose. Wiener med. Wochenschr., Nr. 19.
29. **Kahn.** Über Dioradin. Zeitschr. f. Tuberkulose, Bd. XX, Heft 5.

30. **Pekanowitsch.** Chemotherapeutische Versuche bei Lungentuberkulose. Deutsche med. Wochenschr., S. 1352.
31. **Mehler** und **Ascher.** Beitrag zur Chemotherapie der Tuberkulose. Münchener med. Wochenschr., S. 748.
32. **Jarosch.** Mesbe bei Lungentuberkulose. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 5.
33. **Röpke:** Erfahrungen mit Mesbe usw. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 4.
34. **Klein.** Mesbe bei Lungentuberkulose. Ebendort, S. 1594.
35. **Junker.** Desgleichen. Therap. d. Gegenwart. April.
36. **Küpferle.** Experimentelle Untersuchungen über die Röntgenbehandlung der Lungentuberkulose. Strahlentherapie, Bd. II, Heft 2.
37. **Küpferle** und **Baemeister.** Die Beeinflussung experimenteller Lungentuberkulose durch Röntgenstrahlen. Deutsche med. Wochenschr., S. 1581.
38. **Iselin.** Die konservative Behandlung der Drüsentuberkulose. Korrespond. f. Schweizer Ärzte, 1912, Nr. 20.
39. **Stepp.** Die Beeinflussung der Lungentuberkulose mit Mentholthymolschmierseife. Fortschritte der Medizin, S. 841.
40. **Mühsam.** Styrakol in der Behandlung Lungenkranker. Therap. d. Gegenwart. Oktober.
41. **Pertik.** Über Jodostarin und Jodpräparate usw. Deutsche med. Wochenschr., S. 39.
42. **Rey.** Über die medizinische Behandlung der Kindertuberkulose usw. Therap. d. Gegenwart. September.
43. **Schütze.** Über Kalziumtherapie. Zeitschr. f. Balneologie usw., S. 619.
44. **Finsterwalder.** Untersuchungen über die Wirkung löslicher Kalksalze. Pflügers Archiv, Bd. CLIII, S. 546.
45. **Floer.** Therap. d. Gegenwart, Dezember, 1912.
46. **Hagemann.** Über die Behandlung chirurgischer Tuberkulosen mit künstlichem Licht. Deutsche med. Wochenschr., S. 1450.

4. Krankheiten der Atmungsorgane.

Die Rhinitis post. bei Säuglingen hat Göppert (1) in einem Aufsatz behandelt, der für den Pädiater allerdings nichts Neues bringt. Er läßt zur Behandlung 10 und 5 Minuten vorm Trinken Adrenalin:

sol. adrenal. (1‰)	1·0
aqua borat.	2·0

in die Nase geben. Auch Argent. nitric. 1%, 2 Tropfen in jedes Nasenloch, 5 Minuten später wiederholt, leistet gute Dienste.

Die Kalktherapie — heutzutage für alles empfohlen und für nichts bewährt — ist nach Januschke (2) beim Schnupfen der Säuglinge so anzuwenden, daß man von einer Aufschwemmung von 1 g Kalzium lactat. in 70 cm^3 Wasser stündlich einen Kaffeelöffel gibt. Einen Erfolg hat der Autor allerdings selbst nicht in allen Fällen auftreten sehen. Zur Ätiologie und Therapie vergrößerter Tonsillen und adenoider Wucherungen macht Ashby (3) eigenartige Mitteilungen: zwischen dem 2. und 5. Lebensjahre des Kindes soll der anfänglich hohe Lymphozytengehalt des Blutes spontan zurückgehen und deshalb sollen die Tonsillen und die Adenoiden hypertrophieren, um die Neubildung von Lymphozyten zu über-

nehmen. Er hat deshalb Lymphdrüsenextrakt (Borroughs, Wellcoms & Co.) 3mal täglich 0·3 g) verwendet, um allzu hypertrophische Mandeln zum Rückgang zu bringen, was ihm angeblich auch in 30 Fällen geglückt sein soll.

Einleuchtender erscheint die Methode Stenarts (4), der die Tonsillenhypertrophie mit Röntgenstrahlen (harte Röhren, $^1/_2$ Sabareaud-Dosis) bekämpfte.

Arneth (5) hat die in der Kinderheilkunde ja schon lange in Gebrauch befindlichen heißen Bäder bei akuter Bronchitis, Bronchiolitis und Bronchopneumonie der Säuglinge mit Erfolg angewendet. Gillet (6) behandelte 8 Fälle von chronischer Bronchitis mit autogener Vakzine; alle wurden geheilt, 3 rezidivierten. Singer (7) wandte bei chronischen Lungeneiterungen mit reicher Sekretion eine Trockenkost an nach Art der Schrothschen Kur, die er so modifizierte, daß er reichlich Nahrung erlaubte, 2mal in der Woche einen Trinktag einschaltete und noch Schwitzbäder damit kombinierte. Angeblich wurde die Sekretion dadurch erheblich eingeschränkt.

Bei Pneumonie hat Jelke (8) Rekonvaleszentenserum verwendet (5 bis 10 cm^3). Nach subkutaner Injektion desselben trat kritische Entfieberung ein. Normales Serum blieb ohne Erfolg. Mit sensibilisiertem Pneumokokkenvirus glauben Cohendy, Michel und Bertrand (9) bei kruppöser Pneumonie befriedigende Erfolge erzielt zu haben. Delcourt (10) gibt bei Pneumonien große Sauerstoffdosen: $^1/_4$stündlich 5 Minuten lang reinen Sauerstoff.

In die Therapie des Bronchialasthmas sind die Hypophysenpräparate neu eingeführt worden (Hypophysin-Höchst, Pituglandol-Roche). Borchard (11) hat auch Kinder damit behandelt, und zwar mit gutem Erfolge. Nur traten Ohnmachten, Bewußtlosigkeit u. a. danach auf. Er verwendete Pituglandol, das 0·1 wirksamer Substanz enthält. Mit Rücksicht auf die dabei beobachteten Nebenerscheinungen dürfte es sich vielleicht empfehlen, in Zukunft das Asthmalysin zu gebrauchen, ein neues Präparat, das neben 0·0008 Adrenalin nur 0·04 Hypophysenextrakt enthält. Erhältlich in Ampullen zu 1·1 cm^3.

Exibards abessinisches Räucherpulver wird von Hirschberg—Fichtenau (13) empfohlen.

1. **Göppert.** Die Rhinitis posterior im Säuglingsalter. Berliner klin. Wochenschr., S. 910.
2. **Januschke.** Zur internen Kalziumbehandlung des Schnupfens. Zeitschr. f. Balneologie, Klimatologie, S. 241.
3. **Ashby.** Ätiologie und Therapie der vergrößerten Tonsillen und adenoiden Vegetationen. Brit. med. journ., Mai.
4. **Stenart.** Röntgenbehandlung der vergrößerten Tonsillen und adenoiden Vegetationen. Ebendort.
5. **Arneth.** Über die Behandlung der akuten Bronchitis usw. Deutsche med. Wochenschr., 1869.
6. **Gillet.** Vakzinetherapie der chronischen Bronchitis. Brit. med. journ., S. 387.
7. **Singer.** Zur konservativen Behandlung der chronischen Lungeneiterungen. Kongreß f. innere Med., 1913.

8. **Jelke.** Rekonvaleszentenserum bei Pneumonie. Deutsche med. Wochsenchr., S. 1246.
9. **Cohendy, Michel** und **Bertrand.** Virus sensibilise antipneumonique. Compt. rend. hebdom. des seanc. de la soc. de biolog, S. 532.
10. **Delcourt.** Le traitement des pneumonies et des ibronchopn. usw. Pathol. infant. S. 41.
11. **Borchard.** Asthmabehandlung mit Hypophysenextrakten. Therap. d. Gegenwart, S. 536.
12. **Krause.** Zur Therapie des Asthma bronch. Ebendort, S. 292.
13. **Hirschberg.** Über die Behandlung des Asthmaanfalles durch Exibards abessinisches Räucherp. Ebendort, S. 189.

5. Erkrankungen des Magendarmkanals.

Als Ersatz der Eiweißmilch sind auch in diesem Jahre mehrere Modifikationen angegeben worden:

Larosanmilch von Stöltzner (1): 20 g Larosan werden mit ungefähr dem dritten Teile eines halben Liters frischer Milch kalt angerührt; die beiden andern Drittel des halben Liters Milch werden inzwischen zum Kochen gebracht. Dann wird beides zusammengegossen und das Ganze unter stärkerem Rühren 5 bis 10 Minuten lang gekocht. Zum Schluß wird durch ein Haarsieb geseiht und mit der gleichen Menge Verdünnungsflüssigkeit gemischt.

Letztere besteht je nach Lage des Falles aus abgekochtem Wasser oder aus Schleim oder Mehlabkochungen.

Zucker wird erst — vorsichtig steigend von 1 bis 5% Nährzucker — zugesetzt, wenn die Stühle fester geworden sind. Die Nahrungsmengen werden etwa so gewählt wie bei der Eiweißmilch.

Über die Verwendung dieser Larosanmilch berichtet Forkart in einer allerdings recht unzulänglichen Arbeit, Stawsky-Odessa, Curschmann-Mainz, Wehner-Potsdam. Die zünftige Pädiatrie scheint an dem Präparat vorübergegangen zu sein. Ich darf deshalb vielleicht hinzufügen, wie unsere eigenen Erfahrungen über das Larosan lauten: Wir haben es in zahlreichen Fällen angewandt, haben in einzelnen Fällen bei schweren akuten Ernährungsstörungen überraschend gute Erfolge gesehen, aber wir haben nur sehr selten einen Dauererfolg erzielt, insofern, als fast immer nach dem Weglassen des Larosans — d. h. nach 3- bis 4wöchentlicher Verabreichung desselben — sich wieder dünne Stühle zeigten. Es ist uns auch nicht geglückt, mit Larosan feste Stühle zu erzielen. Beides hängt aber wohl nur mit der mangelhaften Vertrautheit mit der neuen Nahrung zusammen und es ist eigentlich zu bedauern, daß man klinisch sich nicht mehr mit dem Larosan befaßt hat.

Anwendung von Calcium lacticum: In Anlehnung an das wirksame Prinzip der Eiweißmilch hat Aschenheim (4) in dieser Monatsschrift den Zusatz von Calcium lacticum zur Nahrung der Säuglinge bei leichteren Ernährungsstörungen empfohlen.

Eiweißrahmmilch nach Feer (2):

500 g Vollmilch,
50 g Rahm, 20%,
10—50 g Nährzucker,
15 g Plasmon
600 g Wasser (Kalorienwert = zirka 600).

Neben dieser Halbmilch wurde noch eine $^1/_3$-Eiweißrahmmilch angewendet:

300 g Milch,
75 g Rahm (20%),
50 g Nährzucker,
15 g Plasmon,
600 g Wasser.

Zur Rahmgewinnung im Haushalt empfiehlt Verf. folgendes Verfahren: $^1/_2$ Liter rohe Milch wird 4 bis 6 Stunden in einer Tasse stehen gelassen und dann werden mit einem Löffel 25 cm³ Rahm abgeschöpft, dieser Rahm enthält durchschnittlich 20% Fett.

Kaseinmilch nach Engel (3): Die Milch wird aufgekocht. Hiernach läßt man sie auf 40 bis 42° abkühlen und läßt eine Labtablette in 5 bis 6 cm³ lauwarmen Wassers zerfallen und setzt sie der warmen Milch unter Umrühren zu. Die Milch steht nun $^1/_2$ Stunde im Zimmer, danach wird sie wieder auf 40 bis 42° erwärmt. Im unmittelbaren Anschluß hieran pflegt die Gerinnung aufzutreten. Sowie die Milch anfängt, grützlich zu werden, rührt man sie schwach mit einem Löffel um, bis die Gerinnung vollendet ist, was binnen wenigen Minuten der Fall ist. Zu der geronnenen Milch setzt man die gleiche Menge abgekochten Wassers und vermischt beides miteinander. Die Mischung steht etwa $^1/_2$ Stunde, bis sich die Kaseinflocken gut am Boden abgesetzt haben. Hierauf gießt man von der obenstehenden Flüssigkeit die Hälfte der Gesamtmenge ab. Der verbleibende Rest ist die fertige Kaseinmilch. Sie wird vor dem Gebrauch nicht mehr aufgekocht, sondern nur kurz erwärmt, sie wird im übrigen genau so verwendet wie die Eiweißmilch.

Über die Ausnutzung von Mehl- und Grießbreien haben Pfersdorf und Stolte (5) in dieser Monatsschrift berichtet. Ihre Ausnutzung beim Säugling weist so geringe Unterschiede auf, daß sie praktisch gleichzusetzen sind.

Adolf Schmidt (6) teilt: „weitere Erfahrungen über die Behandlung von Darmkrankheiten mit Sauerstoff" mit: das O wurde mit der Duodenalsonde gegeben und wirkte angeblich fäulnis- und gärungswidrig. Wenn die Einführung der Sonde Schwierigkeiten machte, begnügte er sich mit der Einblasung von O in den Magen, da das O rasch in den Darm entweicht. Auch bei Säuglingen hat er 100 bis 200 cm³ O entweder per os oder per rectum gegeben und unter 9 Fällen von Brechdurchfall 6mal Erfolg, 1mal zweifelhaften, 2mal negativen Erfolg gehabt!

Rosenhaupt (7) empfiehlt zur medikamentösen Behandlung des nervösen Erbrechens im frühen Kindesalter 2 bis 3% gummöse Mixtur von Anästhesin 10 Minuten vorm Essen zu geben.

Der Gebrauch der Duodenalsonde wird von Hess (8) näher beschrieben: Man nimmt einen Weichgummikatheter Nr. 15 (F) mit möglichst großer Öffnung; bei sehr kleinen Kindern und solchen unter einem Monat Nr. 14. Die Abstände 20, 25, 30 cm^3 von der Öffnung werden bezeichnet eventuell einfach mit Tinte. Weiter braucht man einen Aspirator. Der Katheter wird nun auf die übliche Weise, also mit Wasser befeuchtet eingeführt und schnell in den Magen geschoben. Ob der Säugling sitzt oder sich in Seiten- oder in Rückenlage befindet, scheint gleichgültig zu sein. Die Magenentleerung beginnt, sobald die 20 cm-Marke dem Kieferrand um 3 bis 4 cm nahe gekommen ist. Nach Entleerung des Magens wird der Katheter weiter geschoben. Dabei findet man zunächst keinen Widerstand. Erst wenn die Marke 20 oder 25 am Kieferrand anlangt, pflegt sich das Gefühl eines Hindernisses einzustellen und Würgen zu erfolgen, als Zeichen, daß die Katheterspitze den Pylorus berührt. Schiebt man nun das Instrument über die 25 cm-Marke hinaus, so dringt es in den meisten Fällen ins Duodenum.

Putzig (9) und Wolff (10) haben die Duodenalsondierung mit Erfolg ausgeführt bei Pylorospasmus. Wir können auch bestätigen, daß die Einführung einer entsprechend langen (cm) Sonde bei normalen Säuglingen leicht gelingt. Bei Pylorsopasmus haben wir leider keinen Erfolg damit gehabt, wenigstens bis jetzt.

Zur operativen Behandlung der Pylorusstenose ist von Rammstedt (11) ein neues Verfahren angegeben worden. Er spaltet den Pylorusring und vernäht ihn nicht mehr.

Keefe (12) nimmt ebenfalls eine Längsspaltung der Pylorusmuskulatur vor, ohne die Schleimhaut zu eröffnen. Sodann eröffnet er die vordere Magenwand und schiebt von hier aus eine Sonde durch den Pylorus, den er durch immer dickere Sonden dilatiert. Zum Schluß vernäht er die Pyloruswunde quer und schließt das Loch in der Magenwand.

Zur Differentialdiagnose und zur eventuellen Behandlung des Pylorospasmus haben Holzknecht und Sgalitzer (13) das Papaverin verwendet (bei Erwachsenen in Dosen von 0·05 bis 0·07). Es setzt angeblich den Tonus der glatten Muskulatur herab.

1. **Stöltzner.** Über Larosan, einen einfachen Ersatz der Eiweißmilch. Münchener med. Wochenschr., S. 291.
2. **Feer.** Säuglingsernährung mit einer einfachen Eiweißrahmmilch. Jahrb. f. Kinderheilk., S. 1.
3. **Engel.** Herstellung einer Säuglingsnahrung (Kaseinmilch) nach dem Prinzip der Eiweißmilch. Deutsche med. Wochenschr., S. 869.
4. **Aschenheim.** Siehe diese Monatsschrift.
5. **Pfersdorf** und **Stolte.** Desgleichen.
6. **Schmidt.** Weitere Erfahrungen über die Behandlung von Darmkrankheiten mit Sauerstoff. Therap. d. Gegenwart, S. 8.
7. **Rosenhaupt.** Die medizinische Behandlung des nervösen Erbrechens im frühen Kindesalter. Deutsche med. Wochenschr., S. 752.

8. **Hess.** Untersuchungen über Pylorospasmus und Pankreasfermente beim Säugling vermittels eines einfachen Duodenalkatheters. Deutsche med. Wochenschr., S. 412.
9. **Putzig.** Ein Beitrag zur Behandlung des Pylorospasmus. Therap. Monatsheft 25.
10. **Wolff.** Zur Technik der Duodenalsondierung. Therap. Monatshefte 846.
11. **Rammstedt.** Die Operation der angeborenen Pylorusstenose. Zentralbl. f. Chir., S. 3.
12. **Keefe.** Stenosis of the pylorus in infancy. Amer. Journ. of Obstetr., S. 383.
13. **Holzknecht** und **Sgalitzer.** Papaverin zur röntgenologischen Differentialdiagnose zwischen Pylorospasmus und Pylorusstenose. Münchener med. Wochenschr., 1989.

Die Anwendung der Molketherapie bei ruhrartigen Darmkatarrhen wird von Frank (1) empfohlen.

Variot (2) und verschiedene Mitarbeiter veröffentlichen rezidivierend glänzende Erfolge mit überzuckerter kondensierter Milch teils zur Bekämpfung des habituellen Erbrechens, teils zur Behandlung der Dyspepsie.

Die Behandlung der Cholera infantum, wie sie Marfan übt, schildern Hamaide und Nigay (3): 24 bis 48 Stunden Wasserdiät, dann — bei Säuglingen unter 4 Monaten — Gemüseboullion ($^1/_2$ Liter Wasser, 1 Kartoffel, 1 Karotte, 1 Rübe, $^1/_2$ Teelöffel Salz, 3 bis 4 Stunden gekocht, aufgefüllt auf 800) 4 bis 5 Tage lang. Kinder jenseits des 4. Monats erhalten Reisschleim. Danach gibt man 1 Teelöffel Buttermilch hinzu und steigert von Tag zu Tag um einen Teelöffel, bis das Kind nur noch Buttermilch bekommt. Dann wird die Buttermilch durch gewöhnliche Milch ersetzt.

Mit Trockenmilch hat Bonnamour (4) ausgedehntere Versuche angestellt.

Zitratmilch hat Langmead (5) verabfolgt, ausgehend von der Überlegung, daß an den Mißerfolgen der künstlichen Ernährung eben doch bloß die grobflockige Gerinnung der Kuhmilch schuld sei. Er gab von der 3. Lebenswoche an bis zum 6. Monat die Zitratmilch, von da ab gewöhnliche Milch.

Natriumzitrat wird auch von Sebilleau (6) empfohlen. 5·0 : 300 vor jeder Mahlzeit 1 Eßlöffel (neben Meerwasserinjektionen) zur Bekämpfung des Erbrechens bei Säuglingen.

1. **Frank.** Die Anwendung der Molketherapie usw. Jahrb. f. Kinderheilk., S. 163.
2. **Variot** und **Lavialle,** und **Variot, Lavialle** und **Rousselot.** Etude des proprietés anti-emetiques du lait condense sucré. Bull. d. l. soc. de pediatrie de Paris, S. 44.
3. **Hamaide** und **Nigay.** Le regime dans l'enterité aigue. Journ. de med. de Paris, S. 15.
4. **Bonnamour.** Le lait desséché usw. Arch. de med. des enfants S. 321.
5. **Langmead.** On the value of citrated whole milk in infant feeding. Amer. med., S. 368.
6. **Sebilleau.** Traitement des vomissements chez les nourrissons Med. infant, S. 9.

6. Würmer.

Hildebrand (1) empfiehlt folgende Behandlung: Die Aftergegend wird 2 bis 3 Wochen lang regelmäßig abends, morgens und nach jedem Stuhlgang mit Wasser und Seife gereinigt und dann mit Ung. chinin. camphor. comp. = Vermiculin (Kampfer + Chinin + Thymol) eingerieben. Vor jeder Mahlzeit sind außerdem Hände und Nägel sorgfältig zu reinigen. Dauer der Kur: 2 bis 3 Wochen.

Schüffner und Vervoort (2) haben vergleichende Untersuchungen über den Wert der einzelnen Wurmmittel angestellt und gefunden, daß das Ol. chenopodii die größte vermizide Kraft besitzt.

1. **Hildebrand.** Ein Beitrag zur Behandlung der Erkrankung an Oxyuris vermicularis. Münchener med. Wochenschr., S. 131.
2. **Schüffner** und **Vervoort.** Das Ol. chenopodii usw. Münchener med. Wochenschr., S. 129.

7. Hautkrankheiten.

Über gute Erfolge mit Pellidol beziehungsweise Azodolen bei den Ekzemen der Säuglinge berichten Bendix (1) und Hoffa (2).

Histopin (s. Sammelreferat 1912) ist von Saalfeld (3) bei Furunkulose mit Erfolg angewendet worden.

Harriehausen (4) hat die Furunkulose der Säuglinge mit Autovakzination behandelt und berichtet ausführlich über die Herstellung der Vakzine:

Mit einem steril entnommenen Furunkelinhalt wird ein Agarröhrchen beschickt. 24stündiger Aufenthalt im Brutofen läßt einen üppigen Rasen entstehen. Auf die schräge Agarfläche werden 5 cm^3 physiologische Kochsalzlösung gegossen. Durch leichtes Schwenken wird, eventuell unter Zuhilfenahme der leicht schabenden Platinöse, der Kokkenrasen gelöst, die jetzt trübe Flüssigkeit wird abgegossen in ein Reagenzglas, das zugeschmolzen wird, oder in ein Gläschen mit gutschließendem Glasstöpsel. Die Aufschwemmung wird nunmehr durch starkes Schütteln homogen gemacht. $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde lang, sei es in der Hand, sei es im Schüttelapparat. Das Zufügen mehrerer steriler Glasperlen beschleunigt das Verfahren. Die Suspension soll nunmehr sterilisiert und ausgewertet werden. Ersteres geschieht durch ein $^1/_2$stündiges Erhitzen auf 56 bis 60° C. Eine später angelegte 24-Stunden-Kultur zeigt, ob die völlige Abtötung erreicht war oder nicht. Der 2. Teil, die Auswertung, bereitet mehr Schwierigkeiten. Bevor die Aufschwemmung in das Bad (60° C) gebracht wird, werden einige Tropfen in ein steriles Uhrschälchen überpipettiert. Von dieser Masse wird eine bestimmte Menge gemischt mit gleicher Menge Blut (zumeist eigenem) am bequemsten mit Hilfe der dem Zeissschen Blutzählapparat beigegebenen Mischpipette für rote Blutkörperchen. Bis zum Teilstrich 1 wird Blut aufgesogen, anschließend eine beliebige Menge physiologischer Kochsalzlösung (etwa $^1/_4$ der Hohlkugel füllend). Nachdem man sodann ein wenig Luft eingesogen, folgt wiederum bis zum Teilstrich 1 von der Bakterienaufschwem-

mung; zum Schlusse wieder Kochsalzlösung, beliebig viel. Mischt man sogleich Emulsion mit nicht verdünntem Blute, so wird eine teilweise Gerinnung auftreten, die die notwendige gleichmäßige Mischung hindert. Durch Schütteln wird das Ganze gut gemischt. Ein der Mitte entnommener Tropfen wird auf einen Objektträger gebracht, ausgestrichen, fixiert und gefärbt, wie ein gewöhnlicher Blutausstrich; am besten mit Karbolthion oder Methylenblau.

In dem Ausstrichpräparat werden nun in mehreren Gesichtsfeldern alle roten Blutkörperchen ausgezählt und auch alle Bakterien. Das Verhältnis der Bakterien zu der Zahl der Blutkörperchen läßt die Menge der ersteren erreichen, da ja die Menge der roten Blutkörperchen bekannt ist (5 Milliarden im Kubikzentimeter) nach der Formel:

$$\frac{\text{Zahl der Bakterien}}{\text{Zahl der Blutkörperchen}} = x \text{ . } 5 \text{ Milliarden.}$$

War z. B. das Verhältnis der Bakterien zu den Blutzellen wie 1 : 3, so sind 15 Milliarden Bakterien im Kubikzentimeter.

Um zu einer gebrauchsfertigen Vakzine zu kommen, verdünnt man diese Stammlösung mit physiologischer Kochsalzlösung unter Zusatz von $^1/_2$%iger Karbollösung bis zu einer Verdünnung von 100 Millionen im Kubikzentimeter.

Ein derartiges Vakzin injizierte der Verf., beginnend mit 10 Millionen, steigend in 10 Injektionen bis zu 100 Millionen mit Pausen von je 5 Tagen.

Hinsichtlich des Erfolges stellte er fest, daß in keinem Falle nach der 2. beziehungsweise 3. Injektion noch neue Furunkel auftraten, daß ferner die schon bestehenden, sich nicht mehr weiter entwickelnden ihre Rötung verloren, ihr Inhalt sich eindickte und spontan resorbiert wurde.

Die Serumbehandlung der Hauterkrankungen ist von Spiethoff (5) so modifiziert worden, daß er Eigenserum benutzt. Er entnimmt der Kubitalvene des Patienten 50 bis 100 cm³ Blut, schüttelt, zentrifugiert, saugt das Serum ab, inaktiviert und injiziert 10 bis 25 cm³ des Serums intravenös. Dasselbe wird mehrmals wiederholt (bis 6mal). Sichere Erfolge lassen sich jedoch, wie es scheint, damit auch nicht erzielen.

Zur Behandlung der Ekzeme bei exsudativer Diathese hat Krasnogorsky (6) in dieser Monatsschrift vielversprechende Angaben über den Nutzen des Atropins gemacht.

Unter dem Namen „Cadogel" (7) kommt ein neues Teerpräparat zur Ekzembehandlung in den Handel, das alle Vorzüge des Teers in sich vereinigen soll.

Bei juckenden Ekzemen, namentlich bei Urtikaria, empfiehlt Garnmann (8) zur Linderung des Juckens 5%ige, wässerige Thigenollösung auf die affizierten Stellen zu streichen.

1. **Bendix.** Zur Behandlung der Ekzeme junger Säuglinge. Therap. Monatshefte, S. 350.
2. **Hoffa.** Über Pellidol und Azodolen in der Säuglingspraxis. Deutsche med. Wochenschr., S. 1209.

3. **Saalfeld.** Über Histopin. Berliner klin. Wochenschr., S. 1113.
4. **Harriehausen.** Autovakzination der Säuglingsfurunkulose. Therap. Monatshefte, S. 106.
5. **Spiethoff.** Zur therapeutischen Verwendung des Eigenserums. Münchener med. Wochenschr., S. 521.
6. **Krasnogorsky.** Exsudative Diathese und Vagotonie. Monatsschr., S. 129.
7. **Bugarsky** und **Török.** Cadogel, ein neues Teerpräparat. Wiener med. Wochenschr., S. 1593.
8. **Garnmann.** Therapie des Juckens, namentlich bei Urtikaria. Therapie der Gegenwart, S. 191.

8. Erkrankungen des Nervensystems.

Bei Epilepsie haben amerikanische Autoren (1) Krotalin — eine aus dem Gift von Crotalus horridus hergestellte Lösung — in Dosen von 0·0003 und mehr verwendet. Die Wirkung soll eine das Nervensystem beruhigende und blutgerinnungsverzögernde sein. Die Behandlung ist in über 100 Fällen erprobt und als erfolgreich befunden worden.

In Deutschland ist die Krotalinbehandlung von Fackenheim-Kassel eingeführt worden und hat — nach Erlenmeyer (2) — auch gute Erfolge gegeben.

Mit Schilddrüsenbehandlung hat Gelma (3) 2 Fälle von Epilepsie geheilt beziehungsweise erheblich gebessert. In beiden Fällen war die Brombehandlung erfolglos gewesen.

Leubuscher (4) hat bei jahrelang bestehender Epilepsie jugendlicher Personen Phosphor in Olivenöl gegeben (0·1 : 1000·0). Die Anfälle gingen in einzelnen Fällen ganz wesentlich zurück, bis auf ein Drittel der früheren Zahl.

Zahlreiche Abhandlungen beschäftigen sich mit der kochsalzfreien Kost und der Sedobrolbehandlung der Epilepsie.

Episan (Behrensdorff, Berlin, W, Motzstraße 60) soll nach Röder (5) bei Epilepsie der Kinder sehr gute Dienste leisten. Es ist eine mit Borax, Zinkoxyd und Baldriansäureamylester hergestellte Bromverbindung. Dosen: mehrmals täglich $^1/_2$ bis 1 Tablette.

1. **Spangler.** The traitement of Epilepsie with hypodermic injections of crotalin. New York med. Journ., S. 699.
2. **Erlenmeyer.** Über Epilepsiebehandlung. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 18.
3. **Gelma.** Opotherapie thyreoidienne et epilepsie. Rev. de med. S. 26.
4. **Leubuscher.** Therapeutische Versuche mit Phosphor bei Epileptikern. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 11.
5. **Röder.** Zur Behandlung der Epilepsie im Kindesalter. Therap. der Gegenwart, S. 546.

9. Konstitutionskrankheiten.

Über die Behandlung der Rachitis hat Schloss (1) Untersuchungen an Brustkindern angestellt und ist dabei zu folgenden Ergebnissen gekommen: die einfache Darreichung von Phosphor-

lebertran verschlechtert die Kalk- und Phosphorbilanz. Nach Zugabe von Kalzium zum Phosphorlebertran kommt es zu einer Besserung der Kalkretention und in geringerem Maße auch der Phosphorretention. Wird Kalzium allein — ohne Phosphorlebertran gegeben —, so ist seine Wirkung geringer. Er gab den Kalk als kaseonphosphorsaures Kalzium oder als Plasmon.

In einer Arbeit von Weiss (2) taucht auch die Hypophysentherapie der Rachitis wieder auf.

1. **Schloss.** Zur Behandlung der Rachitis mit Lebertran, Kalk und Phosphor usw. Deutsche med. Wochenschr., S. 1505.
2. **Weiss.** Zur Frage der Hypophysentherapie bei Rachitis. Therap. Monatshefte, S. 490.

Die Behandlung der Spasmophilie hat eine eingehende Darstellung aus Thiemichs (1) Feder erfahren, aus der wir nur hervorheben, daß sich ihm die Kalksalze nicht bewährt haben — eine Beobachtung, die mit den anderwärts gemachten völlig übereinstimmt. Im Gegensatz dazu behauptet Blühdorn (2), daß Kalk gute Dienste leiste. Man soll mehrmals täglich große Dosen geben — 3 bis 4, ja, bis 8 g im ganzen pro Tag. Wenn die manifesten Erscheinungen geschwunden sind, gebe man noch 2 bis 3 g Kalziumchlorid weiter. Grünfelder (3) macht den sehr einleuchtenden Vorschlag, Kalzium mit Brom zu kombinieren und Kalziumbromid — 2·0 pro die — bei Spasmophilie zu geben. Saxl (4) hat mit der von ihm erfundenen „Kalzine" (Merk), einer 5%igen Chlorkalziumlösung mit Gelatine, bei Tetanie in der Mehrzahl der Fälle keinen Erfolg gehabt.

Mit Parathyreoidin glaubt O. Meyer (5) einen hartnäckigen Fall von Spasmophilie geheilt zu haben.

1. **Thiemich.** Über die Behandlung der Krämpfe im frühen Kindesalter. Deutsche med. Wochenschr., S. 537.
2. **Blühdorn.** Untersuchungen über die therapeutisch wirksame Dosierung von Kalkserum mit besonderer Berücksichtigung der Spasmophilie. Berliner klin. Wochenschr., S. 1057.
3. **Grünfelder.** Bromkalzium in der Behandlung des Laryngospasmus und der Tetanie. Therap. Monatshefte, S. 116.
4. **Saxl.** Über Kalziumtherapie. Med. Klinik, S. 578.
5. **Meyer.** Zur Parathyeoidinbehandlung der Spasmophilie. Therap. d. Gegenwart, S. 354.

Eine relativ große Literatur knüpft sich an die Blutkrankheiten und ihre Behandlung mit verschiedenen neuen Substanzen, Strahlenarten usw.:

Benzol und Thorium bei Leukämie.

Das Resultat — um es gleich vorwegzunehmen — ist, daß das Benzol ganz zweifelsohne einen mächtigen Einfluß auf das leukämische Blutbild ausübt, daß es aber keinen Dauererfolg schafft und auch nicht ungefährlich ist. Über Erfolge berichten u. a. Rössler (1) Graz, der in 2 Fällen myeloider Leukämie, in denen Röntgenstrahlen und Arsen versagt hatten, von Benzol Besserung

sah. Klein (2) urteilt auf Grund von 21 Fällen, daß das Benzol nur bei hohen Leukozytenzahlen wirke und auch nur, wenn vorher Röntgenstrahlen verabfolgt seien. Billings (3) hat 5 Fälle behandelt, davon 4 gleichzeitig mit Röntgenstrahlen. Er berichtet sogar von Dauererfolgen. Auch Reibmayer (4) sowie Aubertin und Parvu empfehlen Benzol und Röntgenstrahlen.

Diesen günstigen Ergebnissen stehen andere, ungünstige gegenüber: So hat Kiralyfi (5) 2 Leukämiefälle letal enden sehen, nachdem die Leukozytenzahlen stark gesunken waren. Einen Exitus hat auch Neumann (6) beschrieben: auch hier nahmen zunächst die Leukozytenzahlen stark ab, der Milztumor schwand rapid, dann aber verschlechterte sich das Allgemeinbefinden, Fieber, Durchfälle, Nasenbluten traten auf, und nachdem die Patientin durch das Benzol von ihrer Leukämine geheilt war, ging sie an der Benzinvergiftung zugrunde.

Nach Pappenheim (7) besteht die Gefahr der Benzoldarreichung in der Nieren- und Leberschädigung.

Die Dosierung des Benzols geschah in Tropfenform oder in Öl in Geloduratkapseln. Es wurde in Dosen von 3 g täglich (bei Erwachsenen) gegeben, im ganzen bis zu 100 g.

Thorium X bei Leukämie hat den Erwartungen, die man darauf setzte, ebenfalls nicht entsprochen. Der von Plesch (8) einst erzielte Erfolg bei myeloider Leukämie hat sich, wie der Autor selbst berichtet, nicht zu einem Dauererfolg gestaltet. Es stellt nur eine symptomatische Therapie dar, die wohl das Leukozytenbild vorübergehend beeinflußt, den Milztumor verkleinert und das Allgemeinbefinden bessert, aber ein Dauerresultat nicht schafft. Andere Autoren bestätigen diese Ansicht. Noorden meint, man solle das Thorium X hauptsächlich bei beginnender Leukämie anwenden.

Anämie.

Thorium X bei Anämie: Auch bei Anämie schafft Thorium X nach den Beobachtungen zahlreicher Autoren wie Falta, Bickel, Plesch (8), Klemperer und Hirschberg (10), Prado-Tagle (12) u. a. Erfolge, wie sie mit keinem andern Mittel erreichbar sind. Seine augenfälligste Wirkung ist die Vermehrung der roten Blutzellen. Leider aber verhalten sich viele Fälle refraktär und vor allem handelt es sich nicht um Dauererfolge, sondern es treten sehr bald — meist tödliche — Rezidive auf [v. Benczur (9)].

Aktinium X ist von Lazarus (13) zur Behandlung der Anämie angewendet worden. Salvarsan ist von Bramwell ohne wesentlichen Erfolg gebraucht worden. Gute Erfolge werden auch in diesem Jahr von der Injektion defibrinierten Menschenblutes berichtet: es wird teils intramuskulär [v. Zubriczky und Wolfsgruber (14)], teils intravenös (Weber), teils intragluteal (Windesheim) verabfolgt. Stets in kleinen Mengen, 5 bis 10 cm^3.

Des weiteren ist die Literatur der Behandlung der Anämie bereichert worden durch Arbeiten über: Arsentriferrin, Arsentriferrol,

Elarson (s. Allgemeines) Arsenregenerin, Eisenjodozitin, Lienin-Pöhl u. a. m. Bei Anämia splenica inf. hat Cantieri (15) ein Cholestearinpräparat „Choleol" (in Ampullen zu 1 cm³ im Handel) serienweise subkutan injiziert. Die Behandlung führte zur Verkleinerung der Milz und zur Besserung des Allgemeinbefindens.

Hämoglobinurie.

Vorübergehendes Schwinden einer Hämoglobinurie wurde bewirkt durch intravenöse Injektionen von 0·5 Cholesterin (als 10%ige Emulsion in physiologischer Kochsalzlösung). Pringsheim, Marie René und Rouche haben nach 3maliger Diphtherieseruminjektion Heilung gesehen.

Blutungen.

Ausgehend von der Tatsache, daß weibliche Personen von Hämophilie freibleiben, hat Heyter (16) Merksche Ovarialtabletten bis 3mal täglich angewandt, mit gutem Erfolg. Traver (17) hat bei schwerer Zungenbißblutung eines Hämophilen, bei der Pferdeserum versagt hatte, mit 20 cm³ väterlichen Serums Stillstand der Blutung erzielt.

Über die Wirkung interner Darreichung von Gelatine auf die Viskosität des Blutes geben Untersuchungen von Cmunt (18) Aufschluß: per os wirkt eine Gelatinelösung erst in 10 Tagen die Viskosität erhöhend, subkutan verabfolgt steigert sie die Viskosität in 24 Stunden ums Doppelte, per rectum gegeben ist sie ganz erfolglos.

1. **Rössler.** Zur Benzolbehandlung der Leukämie. Wiener klin. Wochenschr., S. 838.
2. **Klein.** Die Wirkung des Benzols auf den leukämischen Prozeß. Wiener klin. Wochenschr., S. 357.
3. **Billings.** Benzol in der Behandlung der Leukämie. Journ. of the Am. Med. Association, S. 495.
4. **Reibmayr.** Beitrag zur Benzolbehandlung der myeloiden Leukämie. Med. Klinik, Nr. 14.
5. **Kiralify.** Weitere Beiträge zur therapeutischen Verwendung des Benzols. Wiener klin. Wochenschr., S. 1062.
6. **Neumann.** Über Benzolbehandlung der Leukämie. Therap. d. Gegenwart. Februarheft.
7. **Pappenheim.** Zur Benzolbehandlung der Leukämie usw. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 2.
8. **Plesch, Karszak** und **Keetmann.** Das Thorium X in der Biologie und Pathologie. Zeitschr. f. experim. Pathol. und Therap., Bd. XII, Heft 1.
9. **v. Benczur.** Erfahrungen über Behandlung mit Thorium X. Therap. d. Gegenwart, Oktoberheft.
10. **Klemperer** und **Hirschberg.** Weitere Mitteilungen über die Behandlung der Blutkrankheiten mit Thorium X. Therap. d. Gegenwart, Februar.
11. **Plesch.** Über die Dauer der therapeutischen Wirkung des Thorium X. Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 49.
12. **Prado-Tagle.** Beitrag zur ambulatorischen Trinkkurbehandlung mit Thorium X bei perniziöser Anämie. Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 42.

13. **Lazarus.** Aktiniumbehandlung, insbesondere der perniziösen Anämie. Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 48.
14. **v. Zubriczky** und **Wolfsgruber.** Beitrag zur Bekämpfung der Anämien durch intramuskuläre Injektionen von defibriniertem Blut. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Nr. 3.
15. **Cantieri.** Über die Cholesterinbehandlung usw. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 48.
16. **Heyter.** Kasuistische Beiträge zur Hämophilie. Inaug.-Diss. Kiel.
17. **Traver.** Hemophilia treated by human blood-serum. Journ. o. t. Amer. med. Ass., S. 44.
18. **Cmunt.** Wirkung der intravenösen Darreichung der Gelatine auf die Viskosität des Blutes. Med. Klin., S. 1393.

10. Erkrankung der Harnwege.

Über die Grundsätze der Nephritisbehandlung berichtet Noorden (1) in einem klinischen Vortrage: Er läßt bei akuter Nephritis Bettruhe einhalten, bis entweder Heilung eingetreten ist, oder der Übergang in einen mehr chronischen Verlauf erfolgt ist. Bleibt nach dem Abklingen der akuten Erscheinungen immer noch Eiweiß im Urin zurück, so soll man die Patienten nicht allzulange im Bett behalten. Denn darunter leidet nicht nur die Muskulatur, das Herz und die Blutbildung, sondern auch die psychische Entwicklung, namentlich bei Kindern. Das wichtigste Kriterium ist das Verschwinden der roten Blutkörperchen und der Nierenepithelien aus dem Urin. Ist das eingetreten und bestehen sonst keine Komplikationen, so läßt er den Patienten 14 Tage später aufstehen.

Was die Diät anbetrifft, so gibt Noorden (1) in den ersten 2 Wochen reichlich Fett, (gut ausgewaschene Butter) und Kohlehydrate: Zucker, Fruchtsäfte, zuckerreiche Früchte, Breie von Mais, Reis, Weizen, Kartoffelstärke. Erst bei fortschreitender Besserung erlaubt er Milch und allmählich Hafer, Gerste, Leguminosen, Kartoffeln, Mohrrüben, gekochte grüne Gemüse, Kakao, Eigelb, Teegebäck, späterhin Eiereiweiß, Flußfische, gehacktes Fleisch; sehr spät gibt er Kochsalz. Die Verabfolgung der zurzeit so beliebten Mineralwässer wie Biliner, Fachinger, Vichy, Wildunger, ist eine Unsitte, sie sollten durch einfaches Brunnenwasser, Fruchtsäfte, Tee, eventuell destilliertes Wasser, wenn es vertragen wird, ersetzt werden.

Vom Schwitzen hält er nicht viel, es hat nur da einen Sinn, wo Ödeme bestehen. Besser wirken starke Abführmittel, von denen man reichlich Gebrauch machen soll. Medikamente, wie die Kardiaka und Diuretika, sind bei akuter Nephritis nicht angezeigt, nur von den Theobrominpräparaten hat er manchmal Gutes gesehen. Denselben — nicht sehr hohen — Effekt wie Schwitzbäder hat das Wüstenklima Ägyptens.

Bei chronischen Nierenentzündungen ist körperliche wie geistige Überanstrengung sowie jede Überernährung und Unterernährung zu meiden. Doch muß der Patient auf jeden Fall ausreichend ernährt werden. Er gibt im Durchschnitt 80 bis 100 g Eiweiß am Tage, davon

ein Drittel in Gestalt von Fleisch, doch nur von frischem, nicht Konserven, außer Schinken. Das übrige Eiweiß soll von Milch, Eiern, und Pflanzeneiweiß, eventuell Eiweißpräparaten gebildet sein. Er empfiehlt, gelegentlich Eisenkuren einzuhalten.

Kochsalzeinschränkung ist da angezeigt, wo Ödeme bestehen. Auch hinsichtlich der Wassereinschränkung soll man Maß halten. Auch bei der chronischen Nephritis zieht er Brunnen- oder Leitungswasser den Mineralwässern vor.

Ähnlich wie Noorden (1) äußert sich Strauß (2). Er betont, daß er weder von der Verwendung der Kalkpräparate noch von der Darreichung von Alkalien Nutzen gesehen habe. Die Wirkungslosigkeit der Alkalitherapie hat auch Weiland (4) bestätigt, der keinen Nutzen, wohl aber Schaden beobachten konnte, insofern nämlich, als Ödeme auftraten.

Zur Durchführung der kochsalzarmen Diät bei Nephritikern wird von Deutsch (4) das Sedobrol als Würzsalz gebraucht.

Die Behandlung der Nierenerkrankungen vermittels Mechanotherapie wird von Hirschberg (5) empfohlen. Akute Nephritiden eignen sich zwar nicht dazu, wohl aber stationär chronische. Angeblich werden die allgemeinen Beschwerden gebessert, die Muskelschmerzen schwinden, die Eiweißausschaltung soll vermindert werden. Ein sehr gutes Massageobjekt stellt die orthotische Albuminurie dar!

Die Wirksamkeit verschiedener Medikamente bei Zystitis und Pyelitis hat Duker (6) geprüft und gefunden, daß bei Infektionen durch Bac. coli das Saliformin die besten Wirkungen gibt, bei Entzündungen durch Staphylococcus pyogenes aureus, Bacillus proteus, Bacillus lactis aerogenes sind am wirkungsvollsten: Urotropin, Natrium citricum, Borovortin, Helmitol, Hexal und Saliformin. Die Wirkung von Urotropin und Helmitol wird durch alkalische Reaktion des Urins ungünstig beeinflußt.

Hengefeld (7) hat die Pyelitis mit Vakzine behandelt und bei 11 unter 15 Kindern Erfolg erzielt. Er verlangt, daß man — wenn eine Pyelozystitis innerhalb 4 Wochen durch medikamentöse Mittel nicht zur Heilung kommt — die Vakzinetherapie anwenden müsse. — Weiteres über die Vakzinebehandlung der Pyelitis der Kinder findet sich in den Referaten von Thomson und von Gorter auf dem internationalen Kongreß zu London, referiert in dieser Monatschrift.

Bei Nierenblutungen im Verlauf chronischer Nephritiden hat man — wie bei anderen Blutungen — menschliches Blutserum (20 cm^3) eingespritzt [Barringer (8)].

1. **Noorden.** Über die Grundsätze der Nephritisbehandlung. Med. Klinik, N. 1.
2. **Strauß.** Über Fortschritte in der Behandlung von Albuminurie und Nephritis. Therap. d. Gegenwart, S. 394.
3. **Weiland.** Über Alkalibehandlung der Albuminurie. Med. Klinik, S. 495.
4. **Deutsch.** Sedobrol als Würzsalz bei der salzarmen Ernährung der Nephritiker. Therap. d. Gegenwart, S. 394.

5. **Hirschberg.** Mechanotherapie bei Nierenerkrankungen. Therap. Monatshefte, Nr. 10.
6. **Duker.** Neue Heilmittel bei Zystitis und Pyelitis. Zitiert nach Deutsche med. Wochenschr., S. 2162.
7. **Hengefeld.** Vakzinetherapie bei Kolipyelitis der Kinder. Zitiert nach Zentralbl. d. inneren Med., S. 1069.
8. **Barringer.** Unilateral kidney hemorrhage controlled by injection of human blood-serum. Journ. of the amer. med. Ass. Oktober 1912.

11. Allgemeines.

Über die Auswahl von Nahrungsstoffen bei Krankheiten hat Noorden (1) einen Aufsatz veröffentlicht.

Anstatt der Klistiere mit physiologischer Kochsalzlösung wird von Mutch und Ryffel (2) empfohlen, solche mit isotonischer (6%iger) Dextroselösung zu geben, es gelingt auf diese Weise, dem Patienten bis zu 100 g Dextrose zuzuführen, wodurch der Eiweißabbau nicht unwesentlich eingeschränkt wird.

Über eine neue Gruppe von lipoiden Arsenverbindungen berichten Emil Fischer und Klemperer (3): aus der Behenolsäure läßt sich durch Behandlung mit Arsentrichlorid und Basen eine Chlorarsenbehenolsäure darstellen, die mit Alkalien den Seifen ähnliche Salze bildet. Am brauchbarsten erwies sich das Strontiumsalz, das den Namen „Elarson" erhielt und in Tabletten zu 0·5 mg Arsen hergestellt wird. Kinder erhalten 2 bis 3mal täglich eine Tablette und vertragen sie angeblich gut.

Kapferer (4) hat Versuche mit extremer Nahrungsentziehung bei hochfieberhaften Erkrankungen gemacht. Die Kinder, 18 an der Zahl, befanden sich im Alter von $1^1/_2$ bis 14 Jahren und erhielten während des Fieberstadiums — bis zu 10 Tagen — keine Nahrung außer in den ersten Tagen Zuckerwasser und Fruchtsäfte und an den folgenden Tagen Früchte und Milch. Die Erfolge waren angeblich gut.

1. **Noorden.** Über die Wahl von Nahrungsstoffen in Krankheiten Therap. Monatsh. 8.
2. **Mutch** and **Ryffel.** The metabolic utility of rectal feeding. Brit. med. Journ., S. 111.
3. **Fischer** und **Klemperer.** Über eine neue Klasse von lipoiden Arsenverbindungen. Therapie d. Gegenwart, S. 1.
4. **Kapferer.** Zeitschr. f. Phys. und Diät. Therap., 1912, Heft 11.

12. Schädigungen durch Medikamente.

Naphthalinvergiftung: Nach 2·8 Naphthalin in 3 Tagen bekam die Patientin (eine Erwachsene) Tenesmus, Blasenblutung, Hämoglobinurie, Ikterus, Milzschwellung und Nephritis [Heine (1)].

Wismutvergiftung nach Injektion von Beckscher Paste bei einem 9jährigen Kinde beschreibt Warfield (2): es trat ein dunkelvioletter Zahnsaum auf sowie Flecken am Zahnfleisch, die später ulzerierten.

Nach einer Arthigoninjektion (intragluteal) sah Fischer (3) schwere zerebrale Erscheinungen auftreten: Koma, Pupillenstarre, Erbrechen, hohes Fieber bis auf 40°.

Anaphylaktische Zufälle haben beobachtet: Schreiber (4), Halle und Bloch (5). Zur Vermeidung derselben empfiehlt Eichholz (6) das injektionsfertige Merksche Trockenserum.

Ein Bromexanthem bei einem Kind mit Keuchhusten, das Brom erhalten hatte, beobachtete Rach (7).

Ikterus, Lebervergrößerung, Erbrechen, Albuminurie und Zylindrurie beobachtete Vogt (8) nach rektaler Salvarsaneinführung bei einem 9jährigen Knaben.

Phenolphthaleinvergiftung nach einer Dosis von 18 Purgentabl. beschreibt Orland (9). 4 Tage lang Durchfälle, Verminderung des Urins, sonst nur geringe Störung des Allgemeinbefindens.

1. **Heine.** Ein Fall von Naphthalinvergiftung. Med. Klinik, S. 62.
2. **Warfield.** Wismutvergiftung. Amer. Journ. of med. Scienc., S. 647.
3. **Fischer.** Ein schwerer Fall von zerebraler Erkrankung nach Arthigoninjektion. Dermat. Wochenschr., S. 858.
4. **Schreiber.** Siehe unter Diphtherie.
5. **Halle** und **Bloch.** Chok anaphylakt. dans le serother. antidiphther. Bull. d. l. soc. de péd., S. 76.
6. **Eichholz.** Vermeidung der Anaphylaxiegefahr usw. Münchener med. Wochenschr., S. 46.
7. **Rach.** Verruköses Bromexanthem bei einem 7 Monate alten Säugling. Wiener Ges. f. innere Med. und Kinderheilk., März.
8. **Vogt.** Hochgradiger Ikterus nach rektaler Einführung von Salvarsan. Straßburger med. Zeitung, S. 101.
9. **Orland.** Ein Fall von unbeabsichtigter hoher Phenolphthaleindosis bei einem Kinde. Med. Klinik, N. 17.

Anatomie und Histologie.

N. Kakusokkin (St. Petersburg). *Die Topographie des Nabels bei Frauen und Neugeborenen.* (Monatsschr. f. Geburtsh., Bd. XXXVI, S. 278.)

„Je höher das Gewicht des Neugeborenen ist, um so höher steht der Nabel im Verhältnis zur Körperlänge. Bei Mädchen steht der Nabel im Verhältnis zur Körperlänge höher als bei Knaben. Bei ausgetragenen Früchten, die in Beckenendlage geboren wurden, steht der Nabel im Verhältnis zur Körperlänge höher als bei Früchten, die in Schädellage geboren sind." R. Weigert (Breslau).

K. Peter (Greifswald). *Über die funktionelle Bedeutung der sogenannten Epithelperlen am harten Gaumen von Feten und Kindern.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, 13, S. 649.)

Die Epithelperlen finden sich am harten Gaumen überall da, wo schwache Stellen bestehen und haben nach Peters Ansicht die Aufgabe, diese Stellen zu stützen. Nagel-Hoffmann.

Physiologie und allgemeine Pathologie.

R. Major. *Röntgenologische Beobachtungen am Säuglingsmagen.* (A. d. Kinderklinik in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 340.)

Untersuchungen an 31 Säuglingen. Keine neuen Ergebnisse.

Birk (Kiel).

Sever. *The position of the stomach in children.* (Lage des Magens bei Kindern.) (Arch. of Ped., Januar 1914.)

Die Röntgenuntersuchung zeigt, daß der Magen des Kindes großenteils tiefer gelagert ist, als zumeist angenommen wird, dabei fehlen Verdauungsstörungen. Der Magen stellt sich ebenfalls als unerwartet groß heraus und die Kuhhornform ist relativ selten, die Stellung ist gewöhnlich mehr weniger senkrecht, gelegentlich horizontal.

Wachenheim (New York).

Alex. Schackwitz. *Wasserstoff-Ionenkonzentrationen im Ausgeheberten des Säuglingsmagens.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, H. 2, p. 73.)

Angeregt durch die Resultate der Arbeiten von Allaria, Davidsohn und Salge über die Aziditätsverhältnisse im Säuglingsmagen wurden mit der Gaskettenmethode die H-Ionenkonzentrationen von 137 Magenausheberungen von 60 Säuglingen bestimmt. Es wurden bei 40 Ausheberungen von 20 Säuglingen, die Frauenmilch erhielten, Aziditätswerte, 1 bis 2 Stunden nach der Nahrungsaufnahme, festgestellt, die zwischen p_H 2·46 = $[H^·]$ 3·47 $\times 10^{-3}$ und p_H 6·55 = $[H^·]$ 2·82 $\times 10^{-7}$ schwankten. Es wurden bei 48 Ausheberungen von 20 gesunden Säuglingen, die künstlich ernährt wurden, 1 bis 2 Stunden nach der Nahrungsaufnahme Aziditätswerte festgestellt, die zwischen p_H $[H^·]$ 1·82 = 151 $\times 10^{-2}$ und p_H 6·72 = $[H^·]$ 1·91 $\times 10^{-7}$ schwankten. Es wurden bei 49 Ausheberungen von 19 erkrankten Säuglingen, die verschiedene Nahrung erhielten 1 bis 4 Stunden nach der Nahrungsaufnahme Werte festgestellt, die zwischen p_H 1·62 = $[H^·]$ 2·39 $\times 10^{-2}$ und p_H 5·40 = $[H^·]$ 3·98 $\times 10^{-6}$ schwankten. Diese große Verschiedenheit in den Aziditätswerten findet ihre Erklärung in der Art der Nahrung und in dem in seiner Zusammensetzung physiologisch bedingten überaus wechselnden Gemisch, das man in den Ausheberungen vor sich hat. Die verschiedenen Angaben der früheren Untersucher, daß konstant niedrigere Werte um 10^{-5} gefunden werden, die eine Pepsinverdauung so gut wie ausschließen, daß die Höchstazidität durchschnittlich 2 Stunden nach der Nahrungsaufnahme zu finden sei, daß es sich bei der HCl-Sekretion im Säuglingsmagen um eine werdende Funktion handelt, daß kranke Kinder eine geringere Azidität aufweisen als gesunde, konnten nicht bestätigt werden.

Autoreferat.

Max Kappis. *Beiträge zur Frage der Sensibilität der Bauchhöhle.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. XXVI, S. 493.)

Tierexperimente führten den Verf. zu folgenden Ergebnissen: Die Bauchorgane selbst sind praktisch als empfindungslos anzusehen. Es fehlt dem viszeralen Peritoneum jedoch nicht die Fähigkeit zur Schmerzempfindung; sie ist vielmehr an allen Stellen, wo die Nerven in genügender Zahl und Stärke zusammenliegen, deutlich nachweisbar, das heißt an den gefäßhaltigen Teilen der Mesenterien, am kleinen Netz, dem Ansatz des großen Netzes an den Magen, am Zystikus, Choledochus und an der Leberpforte und an den großen Gefäßen. Die Schmerzempfindung wird durch den Splanchnikus und Sympathikus vermittelt. Die Möglichkeit der genauen Lokalisation fehlt bei dem rein viszeralen Schmerzgefühle. Das parietale Peritoneum ist in hohem Maße schmerzempfindlich.

R. Weigert (Breslau).

G. Mogwitz. *Über das Verhalten des sympathischen Nervensystems des Säuglings gegenüber dem Adrenalin.* (A. d. akad. Kinderklinik in Düsseldorf.)(Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XIII, 1914, S. 1.)

Tonus und Erregbarkeit des sympathischen Nervensystems wurden geprüft mittels subkutaner Adrenalininjektion (0·05 bis 0·08 mg pro Kilogramm Körpergewicht) und darauffolgender serienweiser Bestimmung des Blutzuckergehaltes nach der Mikromethode von Bang. Man bekommt dabei bei Innehaltung einer bestimmten Versuchsanordnung verwertbare Resultate, aus denen hervorgeht, daß schon der Säuglingsorganismus sich dem Adrenalin gegenüber different verhält. Gewöhnlich reagiert der Säugling bei der vorher erwähnten Dosis mit einer Hyperglykämie bis um das Doppelte des Anfangswertes ohne Glykosurie, es gibt aber auch Fälle, in denen es gar nicht anspricht, und umgekehrt solche mit außergewöhnlich starker Hyperglykämie und Glykosurie, ein Befund, der für eine konstitutionelle Verschiedenheit im Tonus und der Erregbarkeit des Sympathikus spricht. Ein weiterer Befund spricht ebenfalls für diese Annahme. Frühgeburten — untersucht wurden 8 Kinder im Alter von 3 Tagen bis 5 Monaten — reagieren sämtlich mit abnorm starker Hyperglykämie und Glykosurie auf Adrenalin. (Der Entwicklungszustand der Nebenniere, ob unfertig oder ausgebaut, scheint von keinem Einfluß auf den Ausfall der Reaktion zu sein. Im allgemeinen kann man von dem Auftreten der Glykosurie nach Adrenalin einen Schluß auf die Höhe des Blutzuckerspiegels ziehen, und zwar tritt unter normalen Verhältnissen Glykosurie auf bei einem Blutzuckerspiegel von 0·21 bis 0·24% (gewöhnlicher Blutzuckerspiegel 0·08 bis 0·1%). Ein Antagonismus in der Innervation der Leber (Vagus-Sympathikus) scheint nicht zu bestehen, wenigstens wird die Adrenalinhyperglykämie durch Atropin wie Pilokarpin nach keiner Richtung hin beeinflußt. Als Krankheitssymptom tritt als Ausdruck einer Alteration des sympathischen Nervensystems eine abnorm starke Reaktion auf Adrenalin auf bei der Tetanie, bei

schweren alimentären Erkrankungen und wahrscheinlich auch bei der exsudativen Diathese. Bei der Tetanie versagt die Reaktion auffallenderweise im akuten Stadium, während sie bei latenter oder abklingender Tetanie sehr deutlich ist. Autoreferat.

Paula Freund. *Über die Beziehungen alternierender Bewegungen zur Länge der Reflexbahnen.* (A. d. Hamburger Säuglingsheim.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 412.)

Mit der Zunahme der Körperlänge nimmt die Puls- und Respirationsfrequenz der Kinder ab. Das deutet nach Ansicht des Verf. darauf hin, daß die Körperlänge als der Faktor zu betrachten ist, der den entscheidenden Einfluß auf die zeitliche Folge von Puls- und Atembewegungen ausübt. Birk (Kiel).

Pharmakologie und Toxikologie.

Thiemich (Leipzig). *Die Verwendung von Medikamenten bei der Behandlung kranker Kinder.* (Fortschr. d. Med., Jahrg. XXXI, S. 589.)

Ein für den praktischen Arzt berechneter Vortrag, den auch Kinderärzte mit Vorteil lesen können. Hohlfeld (Leipzig).

Kurt Kayser. *Die Bedeutung der Kalksalze für die Therapie innerer Krankheiten.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, L, S. 2289.)

Auf Grund von Beobachtungen an insgesamt 24 Fällen empfiehlt Verf. Droserin als wirksames und dabei völlig unschädliches Mittel gegen Keuchhusten. Keller (Berlin).

W. Usener. *Über die Verteilungs- und Ausscheidungsverhältnisse des Urotropins im menschlichen Körper und deren Verwendung zur Differentialdiagnose des Hydrozephalus (nach Ibrahim).* (A. d. städt. Säuglingsheim zu Dresden.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 111.)

3 Hydrozephalusfälle bestätigten die Annahme Ibrahims, daß beim akuten und wachsenden Hydrozephalus eine Verzögerung der Resorption vorliege. Birk (Kiel).

Bakteriologie.

Ed. Büsing (Bremen). *Über den Zusatz von Rindergalle zum Löfflerschen Diphtherienährboden.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, 10, S. 486.)

Verf. konnte im Zusatz von Rindergalle zum Löfflerschen Nährboden eine Verbesserung nicht nachweisen.

Nagel-Hoffmann.

Grundmann. *Erfahrungen über den Gallennährboden bei der bakteriologischen Diphtheriediagnose.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, L, S. 2287.)

An dem Material der Infektionsabteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses (Berlin) hat Verf. die Eignung der Gallenplatte zur Diagnosestellung mit der Löfflerplatte verglichen. Er kommt zu dem Resultat, daß die Gallenplatte die Diphtheriediagnose nicht fördert, weil sie weniger positive Diphtherieresultate als die Löfflerplatte liefert und zur Entwicklung von Mutationsformen der Diphtheriebazillen Anlaß gibt und daß nach seinen Erfahrungen die altbewährte Löfflerplatte das beste Diphtheriebazillenkulturverfahren noch heute ist. Keller (Berlin).

Paul H. Römer. *Bakteriologische Diphtheriestudien.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 503.)

1. Bemerkungen zur Systematik der Diphtheriebazillen und der diphtherieähnlichen Bakterien.

2. Willkürliche Umformung echter Diphtheriebazillen durch Meerschweinchenpassage.

3. Die Frage der Umformung der Diphtheriebazillen im Menschen. Keller (Berlin).

E. Freifeld. *Über das Vorkommen von Diphtheriebazillen im Harn.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, S. 1761.)

Eine eigene Beobachtung von Dauerausscheidung von Diphtheriebazillen im Harn gab dem Verf. Veranlassung, an einem größeren klinischen Material die Richtigkeit der Bayerschen Behauptung, daß in sämtlichen Diphtheriefällen Löfflersche Stäbchen im Harn konstatiert werden können, nachzuprüfen. Er hat bisher nur 10 mittelschwere Fälle untersucht und konnte in 4 von ihnen typische Diphtheriebazillen im Harn nachweisen. Zur Isolierung der Diphtheriebazillen aus dem Urin ist es ratsam, das Harnsediment in möglichst beträchtlicher Menge auf Schälchen mit Tellurnährböden zu züchten.

Keller (Berlin).

Serologie und Immunitätslehre.

Georg Wolfsohn. *Grundlagen und Wert der Vakzinetherapie.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. XXVII, S. 72.)

Aus der Publikation seien nur die den Pädiater praktisch interessierenden Schlüsse wiedergegeben. Über die Erfolge der Vakzinetherapie bei der Furunkulose der Säuglinge äußert sich der Verf. recht skeptisch. Er rät zu kleinen Dosen. Die Erfolge sind nur bei frischen und leichten Fällen „glänzend", dazu bei gleichzeitiger Bädertherapie. Sind Bäder und Inzisionen erfolglos, dann ist auch

die Vakzinetherapie von bedingtem Wert. Auch bei chronischen Ekzemen waren nur bei 3 von 14 Fällen Heilerfolge zu beobachten. Die Gesichtsrose ist nach den Erfahrungen des Verf. der Vakzinationsbehandlung nicht zugänglich. Bei allen offenen gonorrhoischen Schleimhautkatarrhen sind Mißerfolge zu verzeichnen. Bei Koliurien wird in vielen Fällen Besserung erzielt, aber keine Heilung. Bei chronischer Zystitis und Pyelitis ist die Vakzination im Verein mit anderen Mitteln geeignet, die Heilung zu beschleunigen, ohne jedoch in allen Fällen Keimfreiheit des Urins zu erzielen.

R. Weigert (Breslau).

R. Otto (Berlin). *Über den Gehalt des Blutes an Diphtherie-Antitoxin bei gesunden Erwachsenen, Rekonvaleszenten und Bazillenträgern, nebst Bemerkungen über die Bedeutung der letzteren bei der Diphtherie.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, 11, S. 542.)

Bei einer großen Zahl gesunder Erwachsener wurde Antitoxin in größerer Menge gefunden, besonders bei solchen, die dauernd Infektionen mit Diphtherie ausgesetzt sind. Bazillenträger und genesene Dauerausscheider zeigen einen wesentlich höheren Antitoxingehalt als sonstige Rekonvaleszenten, sie machen wahrscheinlich wiederholte Infektionen durch, die höhere Antitoxinwerte erzeugen als einmaliges Überstehen der Krankheit. Nagel-Hoffmann.

K. Joseph (Höchst). *Die Anaphylaxiegefahr bei der Anwendung des Diphtherieserums und ihre Verhütung.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, 11, S. 545.)

Joseph hält die Furcht vor Anaphylaxie für übertrieben. Diese Gefahr ist nach seiner Meinung durch die Erzeugung des antianaphylaktischen Zustandes nach dem Verfahren von Neufeld-Besredka oder Friedberger-Mita sicher zu bekämpfen. Für prophylaktische Injektionen empfiehlt er das Diphtherierinderserum.

Nagel-Hoffmann.

Fritz C. R. Schulz. *Ein Beitrag zur Serumkrankheit.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 349, 401.)

Auf Grund der Literatur und eigener Beobachtungen auf der Diphtheriestation des Krankenhauses am Urban zu Berlin formuliert Verf. folgende Schlußsätze:

Der Phenolzusatz zum Serum kann bei Injektionen über 20 cm^3 pro dosi zu Bedenken Anlaß geben. Die Sera, von verschiedenen Pferden gewonnen, sind einander nicht gleichwertig. Ein gutes „reizloses" Serum darf, insbesondere bei Erstinjektionen, nur an einem Tage (8. bis 10.) hohes Fieber über 39° hervorrufen, am zweiten soll es nicht viel über 38° steigen, am dritten muß es fast gänzlich abgeklungen sein. Ein 3 bis 4tägiges hohes Fieber (über 39°) und starkes, besonders „scharlachartiges" Exanthem verursachendes Serum ist als zu stark reizend nicht weiter zu verwenden, die Serumnummer ist zu wechseln, eventuell ist dem Serumwerk (durch Apotheke oder

Kreisarzt) Mitteilung zu machen. Zur Einschränkung der Serumschädigungen ist zunächst für Diphtherie (bei weiteren Erfahrungen auch für Streptokokken, Scharlachserum usw.) die Festsetzung einer Serumhöchstdosis anzustreben. Bei empfindlichen Personen, insbesondere bei Reinjizierten, ist nach Möglichkeit hochwertiges (1000 bis 1500faches) Serum zu verwenden. Je mehr Serum injiziert wird, desto häufiger sind die Serumschädigungen. Es ist eine Herabsetzung des Preises für hochwertiges (500—1000—1500faches) Serum, insbesondere für die ärmeren Bevölkerungsklassen, eventuell aus öffentlichen Mitteln, ins Auge zu fassen. Von schwereren Serumerkrankungen ist nach Möglichkeit vom behandelnden Arzt dem Kreisarzt Mitteilung zu machen. Keller (Berlin).

Entwicklung und Sprache.

Arthur Münzer. *Pubertas praecox und psychische Entwicklung.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 448.)

Kontemplationen im Anschluß an eine Mitteilung von Lenz (Archiv f. Gynäkol., Bd. 99). Das Resultat seiner Erwägungen faßt Münzer dahin zusammen, daß in Fällen von Pubertas praecox vielleicht das Gehirn kraft einer hohen kongenitalen Wachstumsenergie sich fortentwickelt und daß möglicherweise in den Ernährungsverhältnissen ein gewisser Gegensatz zwischen Gehirn und den übrigen Körperorganen besteht. Keller (Berlin).

E. Voelkel. *Untersuchungen über die Rechtshändigkeit beim Säugling.* (A. d. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 351.)

Bis zum Ende des 6. Monats gebrauchen Säuglinge die Hände beiderseits zum Zugreifen. Vom 7. Monat an fängt die rechte Hand an bevorzugt zu werden. Bereits im 11. Monat greift sie mehr als 7mal so oft zu als die linke. Birk (Kiel).

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

Emerson. *Measured feeding for older children.* (Berechnete Ernährung älterer Kinder.) (Boston Med. and Surg. Journ., 1. Januar 1914.)

Beim mangelhaften Gedeihen älterer Kinder kommt man oft zum Ziel, wenn man den täglichen Speisezettel einer genauen Untersuchung unterwirft, den Neigungen des Kindes zu gewissen Speisen Rechnung schenkt und das Kalorienmaß bestimmt. Daneben soll der Arzt sehen, daß die Verhältnisse von Eiweiß, Fett und Kohlenhydraten wenigstens annähernd richtig zugemessen werden.

Wachenheim (New York).

Engel (Berlin). *Mastkuren im Kindesalter.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 397.)

Engel empfiehlt Sahne als Mastmittel, die aber nicht in kleineren Portionen mehrmals am Tage verabfolgt, sondern abends, gewissermaßen außerhalb der Tagesordnung, in einmaliger größerer Menge gegeben werden soll. Es gelingt ihm auf dieseWeise zu erreichen, daß durch die Mastnahrung der Appetit nicht beeinträchtigt und die Eßlust nicht in Anspruch genommen wird. Er fängt mit 100 cm^3 (1 Weinglas) an und läßt in Abständen von etwa 2 bis 3 Tagen bis zu einem halben Liter und eventuell selbst noch mehr steigern.

Keller (Berlin).

Hans Aron. *Untersuchungen über die Beeinflussung des Wachstums durch die Ernährung.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 972.)

In seiner Monographie über Biochemie des Wachstums hat Verf. Tierversuche mitgeteilt, über deren Fortsetzung er heute berichtet. Er hatte festgestellt, daß auch bei weitgehendster Nahrungsbeschränkung trotz Gewichtsstillstandes, ja trotz Gewichtsabnahme das Wachstum junger Tiere (Hunde und Ratten) wenigstens im Beginn nicht stockt. Kurzdauernde Perioden einer Wachstumshemmung, in denen nur das Gewichtswachstum, nicht aber auch das Längenwachstum in nenneswertem Maße hinter der Norm zurückgeblieben ist, gleichen sich regelmäßig schnell wieder aus und der Ablauf des weiteren Wachstumsprozesses wird durch sie nicht alteriert. Langdauernde Perioden intensivster Wachstumshemmung vermögen die Wachstumsfähigkeit und den Wachstumstrieb nicht zu zerstören; werden aber die Tiere im Wachstum so lange zurückgehalten, bis die normalen Vergleichstiere vollkommen ausgewachsen sind, so wachsen sie zwar bei Auffütterung noch, erreichen aber nicht mehr Gewicht und Größe eines normalen Tieres. Es ist also eine dauernde Schädigung eingetreten. Im zweiten Teil seiner Versuche beschäftigt sich Verf. mit der Wirkung des Mangels einzelner Nahrungsbestandteile auf den Ablauf des Wachstumsvorganges. Ähnlich wie durch einfache Unterernährung läßt sich durch Änderungen im Eiweißgehalt der Nahrung das Wachstum hemmen; gibt man dann normalen Eiweißgehalt im Futter, so entwickelt sich wiederum das Wachstum. Wird die eiweißarme Ernährung längere Zeit fortgesetzt, so scheint die Schädigung nachhaltiger zu sein als bei einfacher Unterernährung. Die letzten, noch nicht abgeschlossenen Versuche beschäftigen sich mit der Frage der Vitamine und anderer lebenswichtiger, aber noch nicht genügend erforschter Nahrungsbestandteile. Keller (Berlin).

H. Davidsohn. *Molke und Magendarmfermente.* (A. d. Waisenhaus u. Kinderasyl d. Stadt Berlin.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 178.)

Finkelsteins Anschauung, daß bei Gegenwart von Kuhmilchmolke die Magen- und Darmvorgänge sich unter ungünstigeren Ver-

hältnissen vollziehen als bei Frauenmilchmolke, und daß diese Verschiedenheiten maßgebende Bedeutung für die Pathogenese der Ernährungsstörungen besitzen, bedarf noch des experimentellen Beweises. Zu dem Zwecke prüfte der Verf., ob sich vielleicht ein unterschiedliches Verhalten der Magen- (und Darm-) Fermente gegenüber den verschiedenen Molkearten zu erkennen gäbe, speziell bei der Labung und Fettspaltung.

Für die Verschiedenheit in der Labung ist wahrscheinlich der verschiedene Salzgehalt der beiden Molken verantwortlich zu machen. Man kann sich vorstellen, daß eine schnelle Labung (wie bei der Kuhmilch) nachteiliger ist als eine langsame; es fehlt die Zeit zu einer Änderung der Salzkonzentration durch Resorption von Salzen und vornehmlich durch Verdünnung mit den abgesonderten Verdauungssäften, und der Darm wird mit einer nicht genügend vorbereiteten Molke überschwemmt.

Auch bei Versuchen mit Magenlipase fand sich eine Begünstigung der Frauenmilchmolke gegenüber der Kuhmilchmolke.

Birk (Kiel).

Leopold. *Experiences with whey modified milk in infant feeding.* (Erfahrungen mit der molkenmodifizierten Milch von Schloss.) (Arch. of Ped., Januar 1914.)

Gute Erfolge, auch bei sehr jungen Kindern: bei älteren Säuglingen scheint aber öfter das Gewicht stillzustehen, um bei Übergang zu einer gewöhnlichen Modifikation wieder anzusteigen.

Wachenheim (New York).

K. Hudschinsky. *Zur Therapie der Rumination im Säuglingsalter.* (A. d. Kaiserin-Augusta-Viktoria-Haus in Charlottenburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 363.)

Im Alter von 6 Monaten trat Erbrechen mit Rumination ein, das sich erst durch Verfütterung breiiger Kost beherrschen ließ.

Birk (Kiel).

J. Peiser. *Zur Kenntnis der Rumination im Säuglingsalter.* (Monatsschr. f. Kinderheilk.)

Es liegen bereits Berichte von familiärem und erblichem Auftreten von Rumination vor. Die Bedeutung der Rumination für die körperliche Entwicklung des Einzelindividuums darf daher nicht überschätzt werden.

Im Säuglingsalter ist die Rumination keine seltene Erscheinung. Verf. berichtet im Anschluß an die vorhandene Literatur über 3 eigene Beobachtungen. Das Wichtige derselben besteht darin, daß es ohne Berücksichtigung der Rumination, allein durch zweckmäßige Ernährung, gelang, den zuvor sehr schlechten Allgemeinzustand der Kinder in kurzer Zeit zu einem guten zu gestalten. Als Heilnahrung diente in einem Falle Buttermilch, in den 2 anderen

Fällen alkalisierter Kefir. Der Rumination liegt einer Hypersensibilität des Magens zugrunde; diese muß das therapeutische Vorgehen lenken.
Autoreferat.

Aschenheim. *Rumination und Pylorospasmus.* (A. d. städt. Säuglingsheim zu Dresden.) (Zeitschr. f. Kinderkeilk., Bd. VIII. S. 161.)

Die beiden hier mitgeteilten Fälle von Rumination hatten das Bemerkenswerte, daß sich peristaltische Magenkontraktionen erkennen ließen, was in ähnlichen Fällen bisher nicht beobachtet worden ist. Birk (Kiel).

Mc. Clure. *Neurotic vomiting in an infant.* (Neurotisches Erbrechen bei einem Säuglinge. (Americ. Journ. Dis. Childr., Januar 1914.)

Verdauungsstörungen, Pylorusstenose, Speiseröhrenmißbildung und Rumination konnten ausgeschlossen werden. Das Kind war nachweislich neurotisch, das Erbrechen war scheinbar vorsätzlich und sistierte bei Darreichung von dicken Mehlabkochungen.
Wachenheim (New York).

Vincent. *Bacteriological diagnosis and treatment of alimentary disease in the infant and child.* (Bakteriologische Diagnostik und Behandlung der kindlichen Ernährungsstörungen.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Februar 1914.)

Bei Darminfektion mit säurebildenden Bakterien gibt Verf. möglichst zuckerarme gekochte Milch, etwa die Finkelsteinsche Eiweißmilch, dazu Alkalien und kleine Opiumdosen. Sehr gut wirkend eine Lösung von Eiweiß in physiologischer Kochsalzlösung, mit Zusatz von Fleischextrakt und kleinen Gaben Kognak. Behandlung mit Milchsäurebazillen ist bei Infektion mit Bacterium coli nicht sehr erfolgreich, hier ist rohe Milch mit ziemlich reichlichem Milchzuckergehalt angezeigt. Wachenheim (New York).

L. Tobler (Breslau). *Die Behandlung der bedrohlichen Nahrungsverweigerung und Anorexie der Säuglinge.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, 7, S. 313.)

Ausführliche Besprechung der Ursachen und Behandlungsweise der Säuglingsanorexie. Speziell für die „psychogene Anorexie" werden ausführliche Verhaltungsmaßregeln zur Anregung der fehlenden Trinklust, zur medikamentösen Behandlung und zur Technik der Zwangsernährung gegeben. Nagel-Hoffmann.

Orchard. *A case of anorexia nervosa in an infant.* (Fall von nervöser Anorexie bei einem Säuglinge.) (New York State Journ. of Med., Januar 1914.)

16tägige Nahrungsverweigerung bei einem 11monatigen Kinde wegen Anwendung eines neuen Saugansatzes; Heilung in 4 Tagen durch Anwendung des Magenschlauches.
Wachenheim (New York).

Chapin. *Cases of edema in infants.* (Ödem bei Säuglingen.) (Arch. of Ped., Januar 1914.)

Ödem ohne Nierenläsion findet man am häufigsten bei Nährschaden oder nach Anfällen von Gastroenteritis. Dann kommt es gelegentlich bei Syphilis, Tuberkulose und verschiedenen erschöpfenden Erkrankungen vor. Einige Fälle scheinen angioneurotischen Ursprunges zu sein. Wachenheim (New York).

K. Baerthlein und **W. Huwald** (Berlin). *Zur Ätiologie des Säuglingsdarmkatarrhs.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, 10, S. 478.)

Die Verff. untersuchten neben einer großen Zahl gesunder Säuglinge auch 72 darmkranke bakteriologisch und konnten bei 40 im Stuhl pathogene Keime nachweisen. Diese gehörten in der Mehrzahl der Fälle zur Ruhrgruppe (21 Fälle mit über 50% Mortalität) und konnten bei Sektionen verschiedentlich auch in Milz und Galle nachgewiesen werden. Auch Paratyphus B wurde im Darminhalt gefunden und bei 12 Kindern Pyozyaneus. Bei der Mehrzahl der Säuglinge wurden die pathogenen Stämme durch das Blut agglutiniert.

Nagel-Hoffmann.

Armstrong. *The house-fly and diarrheal disease tmong children.* (Beziehungen der Stubenfliege zu den diarrhoischen Erkrankungen der Kinder.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 17. Januar 1914.)

Wieviel der Besserung auf Abtötung der Fliegen und wieviel auf allgemeiner Belehrung in der Hygiene beruht, ist kaum zu entscheiden. Wachenheim (New York).

Milchwissenschaft und Molkereipraxis.

Thomas. *Zur Biologie der Kolostrumkörperchen.* (A. d. Kaiserin-Augusta-Viktoria-Haus zu Charlottenburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, H. 4, S. 291.)

Sowohl die polymorphkernigen als die mononukleären Kolostralzellen, darunter auch die epithelähnlichen Corps granuleux, besitzen eine erhebliche phagozytäre Fähigkeit gegenüber verschiedenen pathogenen Bakterien. Das läßt eine epitheliale Abkunft irgend welcher Kolostralzellen ausgeschlossen erscheinen.

Beide Zellarten besitzen fast dieselbe phagozytäre Fähigkeit im Gegensatz zum Blut, wo die reinen Mononukleären eine erheblich geringere Freßfähigkeit besitzen. Birk (Kiel).

Ayers. *The present status of pasteurization.* (Gegenwärtiger Stand des Pasteurisierens der Milch.) (Americ. Journ. Public. Health, Januar, 1914.)

Verf. notiert den häufigen Irrtum, daß mit der prozentualen Herabsetzung der Keime der Zweck erreicht sei, während dabei

schmutzige Milch nach der Pasteurisierung noch recht keimreich sein dürfte. Die Hauptsache bleibt noch immer reinliche Verschaffung der Milch, erst dann erzielt die Pasteurisierung wirkliche Bakterienarmut. Wachenheim (New York).

Stoffwechsel.

S. Samelson. *Über den Energiebedarf des Säuglings in den ersten Lebensmonaten.* (Habilitationsschrift, Verlag von Julius Springer, Berlin, 1913, 49 S.)

Den bisher vorliegenden Beobachtungen über Energiebedarf des Säuglings fügt Verf. 4 eigene Beobachtungen hinzu, und zwar handelt es sich um ein gesundes Brustkind, ein gesundes künstlich genährtes Kind und um 2 Frühgeburten, bei denen in den ersten Lebensmonaten täglich Körpergewicht und Nahrungsmenge bestimmt und die in der Nahrung zugeführten Energiemengen auf Grund chemischer Analyse berechnet wurden. Die beiden gesunden Kinder waren Zwillinge. (Siehe folgendes Referat.) Keller (Berlin).

J. Engel und **S. Samelson.** *Der Energiequotient des natürlich und des künstlich genährten Säuglings.* (A. d. Kinderklinik in Straßburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 425.)

Ein Zwillingspaar wurde vom 11. Lebenstage ab vergleichsweise ernährt: das eine Kind wurde von der Mutter weitergestillt, das andere künstlich ernährt mit 5mal $^1/_3$ Milch-Wasser + 5% Rohrzucker, vom 30. Tage ab mit 5mal $^1/_2$ Milch-$^1/_2$ Wasser + 5% Rohrzucker. Die Entwicklung beider Kinder wurde bis zum 70. Lebenstage klinisch weiter verfolgt und unterschied sich fast gar nicht, d. h. beide Kinder gediehen vortrefflich.

Bemerkenswerterweise konsumierte das Brustkind eine viel größere Kalorienmenge (bis 120) als das künstlich ernährte Kind, das sich zwischen 80 und 100 Kalorien bewegte. Die Beobachtung ist von enormer prinzipieller Bedeutung, zeigt sie doch, „daß Heubners Annahme, daß der Energiebedarf des künstlich genährten Kindes größer sei als der des Brustkindes, nicht zu Recht besteht und daß vielmehr Czerny und Keller recht haben, wenn sie sagen, der Energieverbrauch des gesunden Kindes ist bei Ernährung mit Kuhmilch nicht größer als bei Ernährung an der Brust". Birk (Kiel).

Kurt Frank und **Albert Niemann.** *Über den Einfluß veränderter Nahrung auf die Kohlensäureproduktion des Säuglings.* (Charité-Ann., Bd. XXXVII, S. 94.)

Die Verf. untersuchten die Kohlensäureproduktion bei einem Säugling bei natürlicher und künstlicher Ernährung. Sie fanden dieselbe bei künstlicher Ernährung gesteigert (16·9 g pro Quadrat-

meter und Stunde gegen 15·2 bei natürlicher Ernährung) und beziehen dieses Ergebnis auf die erhöhte Eiweißzufuhr auch bei nicht unverdünnter Kuhmilch. Ein Unterschied im Verhalten (betreffs Ruhe und Bewegung) des Kindes in beiden Versuchen bestand nicht; die Verf. lehnen daher die Ansicht Schloßmanns, daß die vermehrte CO_2-Produktion auf gesteigerte Muskelarbeit zu beziehen sei, ab, sie beziehen sie vielmehr allein auf die veränderte Nahrung.

R. Weigert (Breslau).

P. Heim. *Kann die Theorie, daß das Salzfieber durch Wärmestauung verursacht wird, als widerlegt betrachtet werden?* (A. d. 2. Heim d. Landesvereines f. Mütter- u. Säuglingsschutz in Budapest.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, H. 4, S. 332.)

Hauptsächlich Polemik — mit dem Endresultat, daß es nicht richtig sei, nur vom Salz als fiebererzeugendem Stoffe beim sogenannten alimentären Fieber zu sprechen. Richtiger wäre es, von einem durch Wassermangel verursachten Fieber zu sprechen, denn Salz und Zucker können nur dann Fieber erzeugen, wenn der Organismus über ungenügende Mengen Wassers verfügt. Birk (Kiel).

Jundell (Stockholm). *Untersuchungen über den Stoffwechsel bei der Dyspepsie und der alimentären Intoxikation.* (A. d. Waisenhaus d. Stadt Berlin.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 235.)

Das erste der untersuchten Kinder wies eine Dyspepsie nach Finkelsteinscher Nomenklatur auf: es bestanden häufige, dünne und schleimige, später stark durchfällige Stühle, häufiges Erbrechen, doch keine bedeutenderen Abnahmen, nur in den Tagen des Stoffwechselversuchs nahm es etwas an Gewicht ab. Einige Zeit später, als stärkere Abnahmen eintraten und der Fall schon mehr als „schwere Dyspepsie" imponierte, wurde ein 2. Versuch gemacht.

Ein anderes Kind wurde unter ähnlichen Verhältnissen untersucht, 2mal bei Ernährung mit Buttermilch, 2mal bei einer Art Eiweißmilch.

Bei dem ersten Kind fand sich trotz der Erkrankung und trotz der Gewichtsabnahme eine positive N- und Gesamtaschenbilanz. Auch von den einzelnen Aschebestandteilen wies außer Na_2O kein einziger eine negative Bilanz auf. Dies Ergebnis erlaubt den Schluß, daß das Kind wahrscheinlich Körpersubstanz angesetzt hat. Die Gewichtsabnahme ist offenbar nur Wasser- (und NaCl-) Verlust gewesen. Die 2. Periode ergab dieselben Verhältnisse im Stoffwechsel.

Auch bei dem 2. Kind fanden sich zunächst recht bedeutende positive Aschebilanzen, nur die des Chlors war negativ. In der sich anschließenden 2. Periode wurden sodann auch P_2O_5 und Na_2O negativ.

Übereinstimmend zeigte sich also, daß bei der Dyspepsie kein Zerfall von Körpergewebe besteht. Man kann im Gegenteile annehmen,

daß das Körperwachstum weitergeht, selbst wenn das Körpergewicht absinkt. Die Resorption jedoch der meisten Nahrungsbestandteile, besonders des Stickstoffs, des Fettes, der Gesamtasche und des Kaliums ist mehr oder weniger herabgesetzt. Diese verminderte Resorption wird durch eine erhöhte Retention des Resorbierten teilweise wieder kompensiert, so daß schließlich der Körper doch über das zum Aufbau notwendige Material verfügt. Aus alledem darf man annehmen, daß es sich bei der Dyspepsie um eine Erkrankung örtlicher Natur, d. h. im Magendarmkanal, nicht jenseits desselben handelt.

Anders verhält es sich bei der alimentären Intoxikation. Diese untersuchte der Autor bei einem Kind in einer eintägigen Periode, bei einem zweiten ebenfalls in einer eintägigen und längere Zeit danach noch in einer weiteren Periode. In dem ersten Fall fanden sich negative Bilanzen für N, für die Gesamtasche und für deren Teile außer P_2O_5 und CaO. Hier muß man annehmen, daß Verluste an Körpergewebe auftraten. Auch beim 2. Kinde waren die Bilanzen negativ, die positive N-Bilanz, die sich überraschenderweise fand, deutet der Verf. so, daß die Nieren vielleicht aus irgend einem Grunde nicht imstande waren, die N-haltigen Zerfallsstoffe rasch genug auszuscheiden.

Aus der Gegenüberstellung der beiden Krankheitsbilder ergaben sich weitere, bemerkenswerte Einzelheiten:

Die Stickstoffresorption, bei gesunden Kindern zwischen 82 bis 99%, liegend, war bei der Dyspepsie bis auf 77 und 78%, bei der Intoxikation bis auf 57 und 34% gesunken.

Die Fettresorption, bei gesunden Säuglingen = 90%, war bei dyspeptischen = 66 und 47% bei toxischen Kindern = 12%. Auch die Fettspaltung leidet: bei der Dyspepsie waren 16·20%, bei der Intoxikation 20 bis 24% des Kotfettes ungespalten, während gesunde Kinder gar kein oder wenigstens sehr wenig ungespaltenes Fett im Kot aufweisen.

Die Wasserverluste durch den Darm werden von den Nieren aus kompensiert. Die Gewichtsstürze, die ebenfalls auf Wasserverluste zurückzuführen sind, sind durch die Perspiratio insensibilis verschuldet.

Bei beiden — Dyspepsien wie Intoxikationen — ist die Menge der Fäzes wie die Menge der Fäzestrockensubstanz erhöht.

Stark pathologische Verhältnisse finden sich hinsichtlich der Kochsalzausscheidung. Normalerweise (wie auch in der Reparation nach Ernährungsstörungen) verlassen 4 bis 10% des Kochsalzes den Körper durch den Kot, der Rest durch den Harn. Bei der Dyspepsie werden 12 bis 52% und bei der Intoxikation 81 bis 97% durch den Kot ausgeschieden. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei der Gesamtasche.

Kalzium- und Phosphorsäureumsatz zeigten keine wesentlichen Abweichungen von der Norm, sowohl Retention wie Resorption

zeigten normale Zahlen. Der Verf. erklärt dies damit, daß die abnorm starken Gärungen im Darm bei der Dyspepsie wie bei der Intoxikation eine abnorm starke und ausgedehnte saure Reaktion im Darm hervorriefen und dadurch die Umbildung des unlöslichen beziehungsweise schwerlöslichen tertiären und sekundären Kalziumphosphates in leichter lösliches und leichtes resorbierbares primärer Kalziumphosphat förderten.

Die Alkaliausscheidung im Kot war bei der Dyspepsie wie bei der Intoxikation stark erhöht und dementsprechend im Urin herabgesetzt. Im übrigen war die Bilanz der Alkalien bei der Dyspepsie etwa normal, bei der Intoxikation hingegen mehr oder weniger stark negativ. Die Alkaliverluste im letzten Fall beruhen entweder auf einer Störung der Resorption beziehungsweise der Rückresorption des den Darmsekreten entstammenden Alkalis oder aber darauf, daß durch Bindung an niedere Fettsäuren Alkali in größeren Mengen dem Körper entzogen wurde. Birk (Kiel).

Ernst Schloß. *Zur Therapie der Rachitis.* 2. Mitteilung: *Die Wirkung von Phosphorlebertran, Calcium aceticum und organischen Kalkphosphaten auf den Stoffwechsel des natürlich ernährten rachitischen Kindes.* (Zugleich ein Beitrag zum Chemismus der Ernährungsstörungen e constitutione.) (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXIX, S. 40—65.)

Bei einem 4 Monate alten rachitischen Kinde, das in der ersten Lebenszeit eine schwere Ernährungsstörung durchgemacht hatte, wurde bei Ernährung mit Frauenmilch der Einfluß von Calcium aceticum mit und ohne Zugabe von Phosphorlebertran auf den Stoffwechsel untersucht, desgleichen der Einfluß einer Zulage von kaseonphosphorsaurem Natron und von Plasmon gleichzeitig mit Phosphorlebertran. Ein weiterer Versuch zeigt die Wirkung von Phosphorlebertran bei natürlicher Ernährung. Das Kalksalz allein führte zu einer Verschlechterung des Stickstoffansatzes, einer starken Erhöhung des Aschengehaltes des Stuhls mit negativer Aschenbilanz, einer ganz geringen Steigerung der Kalkretention, während die Phosphorausscheidung im Stuhl beträchtlich erhöht und die vorher positive Phosphorbilanz in eine negative verwandelt wurde. Darreichung von Phosphorlebertran ohne Kalk hatte keine greifbare Wirkung auf den Kalkansatz und schädigte den Stickstoffansatz. Bei gleichzeitiger Zufuhr von Phosphorlebertran und Calc. acet. war die Aschenretention gering, während Kalk und Phosphor gut ausgenutzt wurden. Die gleiche günstige Wirkung hatte die Verabreichung der organischen Phosphorkalkverbindungen neben Phosphorlebertran. Die starken Ausschläge des Stoffwechsels, wie sie diese Versuchsreihe unter der Einwirkung der an sich harmlosen Zulagen erkennen läßt, ist Verf. geneigt, als Ausdruck einer abnormen Konstitution des Kindes zu betrachten, die sich auch durch geringfügige Hauterscheinungen in der ersten Lebenszeit verriet.

H. Vogt.

Ernst Schloß. *Zur Therapie der Rachitis.* 3. Mitteilung: *Die Wirkung von organischen und anorganischen Kalkphosphorpräparaten auf den Stoffwechsel des natürlich ernährten rachitischen Kindes.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 194—214.)

Bei einem Säugling, der bei längere Zeit durchgeführter Ernährung mit knappen Mengen Frauenmilch gut an Gewicht zunahm, aber Zeichen von Rachitis aufwies, führte die Zufuhr von Phosphorlebertran, wie schon in früheren Versuchen des Verf., zu einer sichtlichen Verschlechterung des Ansatzes von Stickstoff, Kalk und Phosphorsäure. Wurde neben Phosphorlebertran gleichzeitig Plasmon verabreicht, so war im Gegenteil der Ansatz von Kalk und Phosphor gesteigert. Dieselbe Wirkung wie Plasmon hatte aber auch zweibasisch phosphorsaurer Kalk. Bei Zugabe von Plasmon allein war der prozentische Anteil der Seifen im Kotfett fast doppelt so hoch als in den Versuchen mit gleichzeitiger Darreichung von Phosphorlebertran.

H. Vogt.

A. Bookman. *Der Stoffwechsel bei Osteogenesis imperfecta mit besonderer Berücksichtigung des Kalkumsatzes.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XIII, S. 126.)

Im Alter von 10 Wochen wurde ein Kind russisch-jüdischer Abstammung in die pädiatrische Abteilung (Koplik) des Mount Sinai Hospitals in New York aufgenommen, bei dem die Diagnose Osteogenesis imperfecta gestellt wurde. 2 Abbildungen geben den Röntgenbefund wieder. An dem Kinde werden im Alter von 12 respektive 17 Wochen 2 Stoffwechselversuche ausgeführt, während der 2. Periode wurde der Nahrung 4mal täglich 0·3 g Calcium Lactat zugesetzt. Die dem Kinde gereichten Nahrungsmengen waren sehr groß, in der ersten Periode pro Tag und Kilo 164 Kalorien, in der zweiten 178 Kalorien.

Die Ergebnisse des organischen Stoffwechsels in beiden Versuchen sind schwer untereinander vergleichbar, weil in der 2. Periode um die Hälfte mehr Fett und Stickstoff eingeführt wurde. In einer Tabelle werden die Ergebnisse der Stoffwechselversuche an 3 bisher untersuchten Fällen von Osteogenesis imperfecta (Schwarz und Bass, Bamberg und Huldschinsky, Bookmann) mit den an normalen Kindern erhobenen Befunden verglichen. Der Verfasser kommt bezüglich der Osteogenesis imperfecta zu folgenden Schlüssen: In aktiven Fällen ist die Kalziumretention — zuweilen beträchtlich — unter dem Normalen, wahrscheinlich bedingen Abweichungen im Verlauf der Krankheit entsprechende Änderungen in der Kalkbilanz. Die fehlende Kalkretention wird anscheinend durch Phosphorretention und noch stärker durch Kalziumlaktat in günstiger Weise beeinflußt.

Keller (Berlin).

Vald Poulsen. *Über Rohmilchgerinnsel im Säuglingsstuhl.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXIX, S. 77—90.)

Der Fettgehalt der Rohmilchgerinnsel (Kaseinbröckel) im Säuglingsstuhl schwankt innerhalb weiter Grenzen je nach dem Fett-

gehalt der aufgenommenen Milch. Die gespülten, getrockneten Gerinnsel enthielten in fettfreiem Zustand 9·26 bis 13·9% Stickstoff. Nach Reinigung durch Lösung und Fällung mit Natronlauge und Salzsäure bildeten sie ein weißes Pulver mit einem dem Parakasein gut entsprechenden Gehalt an Stickstoff. Ein ganz entsprechendes Verhalten bei der Untersuchung im frischen und im gereinigten Zustand zeigten Gerinnsel, die mit Lab aus Vollmilch oder Magermilch erhalten waren. Dadurch erscheint es sehr wahrscheinlich, daß die Rohmilchgerinnsel im Säuglingsstuhl zu erheblichem Teil aus Kasein bestehen. H. Vogt.

Neugeborene.

Gören Liljestrand. *Über künstliche Atmung.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. XXVI, S. 470.)

Eine Besprechung der verschiedenen Methoden der künstlichen Atmung führt den Verf. zu einem wenig befriedigenden Resultate; es scheint, daß die rhythmischen Kompressionen des Thorax allein eine größere Bedeutung für den Erfolg nicht haben, daß aber vielleicht die Einblasungsmethoden eine kräftigere Ventilation und damit bessere Resultate erzielen könnten. R. Weigert (Breslau).

Koplik. *Infant mortality in the first four weeks of life.* (Säuglingssterblichkeit in den ersten vier Lebenswochen.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 10. Januar 1914.)

Die Statistik der Stadt New York, fast die einzige zuverlässige amerikanische Quelle, wird vom Verf. genau durchforscht. Totgeburten betragen etwa 5% der Gesamtzahl, uneheliche Kinder bloß 2·3%, eine kaum glaubliche Zahl. Sterbefälle im 1. Monat 4%, im 1. Jahre 12% der Geburten (1911 und 1912). Von den Sterbefällen im 1. Monat fallen fast 90% fünf Ursachen zur Last: obenan angeborene Schwäche, dann Blutungen, speziell Zellenblutungen infolge von Geburts- respektive Zangenverletzungen, dann Pneumonie, Mißbildungen, Magendarmerkrankungen. Syphilis spielt scheinbar eine recht kleine Rolle, kaum 2%, doch könnten viele Fälle unter der Rubrik „angeborene Schwäche" mitgezählt werden. Den Hauptangriffspunkt bilden zweifellos die Frühgeburten, die Mutter wird hier vom Gesetze wenig in Schutz genommen; in zweiter Reihe kommt der mangelhafte Unterricht in der Geburtshilfe; drittens kommt bessere Belehrung in der Kinderheilkunde, um den Frühpneumonien und Ernährungsstörungen vorzubeugen. Besserung in diesen 3 Richtungen würde zweifellos eine starke Herabsetzung der hohen Mortalitätszahl bewerkstelligen.

Wachenheim (New York).

Diathesen.

J. Rosenstern. *Debilitas congenita und spasmophile Diathese.* (A. d. Kinderasyl d. Stadt Berlin.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 171.)

Debile Säuglinge zeigten, auf elektrische Übererregbarkeit geprüft, ein auffallend häufiges Vorhandensein derselben (76%). Bei der überwiegenden Mehrzahl entstand die Spasmophilie schon in den ersten Lebensmonaten; jenseits des sechsten war sie seltener. Sie fand sich bemerkenswerterweise auch bei natürlich genährten Kindern (in 43%). Diese 3 Tatsachen berechtigen dazu, bei debilen Kindern eine besonders hohe spasmophile Disposition anzunehmen. Birk (Kiel).

J. Rosenstern. *Über bemerkenswerte Abweichungen in der zeitlichen Folge der spasmophilen Erscheinungen.* (A. d. Waisenhaus zu Berlin.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 167.)

Der Verf. teilt 4 Fälle mit, in denen bei jungen Säuglingen erst eklamptische Anfälle, dann einige Wochen später die anderen Erscheinungen der Spasmophilie, speziell elektrische Übererregbarkeit eintraten. Durch das anfängliche Fehlen der letzteren war die Natur der eklamptischen Anfälle zunächst unklar. Derartige Fälle betrafen stets sehr junge Säuglinge (2. Monat) und deshalb läßt der Verf. die Frage offen, ob nicht in diesem jungen Alter der Schwellenwert der elektrischen Erregbarkeit etwas höher liegt, als seinerzeit von Thiemich und Mann angegeben wurde. Birk (Kiel).

M. Masslow. *Über Veränderungen der Atmungskurven bei Kindern mit spasmophilen Symptomen unter dem Einfluß von äußeren Reizen und die Bedeutung dieser Veränderungen für die Diagnose der latenten Tetanie.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Orig., Bd. XIII, 1914.)

Vorliegende Arbeit stellt einen Versuch dar, die Respirationserscheinungen für gewisse diagnostische Zwecke nutzbar zu machen. Als Beobachtungsobjekt dienten Kinder mit Symptomen von Spasmophylie und als Kontrolle gesunde Kinder. Autor studierte, wie die Atmungskurven sich veränderten, als man den Kindern den Reiz mit Algesimeter von Motschutkowsky unerwartet und unbemerkt beibrachte, d. h. wie das Kind auf die äußeren Reize mit seinem Atmen reagierte. Auf Grund der festgestellten Tatsachen kommt der Autor zum Schluß, daß die Reaktion seitens der Atmung auf einen peripherischen Reiz bei Kindern mit Neigung zu Krampfzuständen, speziell mit Anzeichen von Spasmophilie sehr charakteristisch ist.

Die Reaktion besteht darin, daß bei der Reizung Krämpfe der Atmungsmuskeln auftreten. Diese Krämpfe finden auf den Atmungskurven ihren Ausdruck in Gestalt deutlich ausgeprägter Pausen — der Apnöe in der Periode der Inspiration oder der Exspiration —, die manchmal in Weinen und darauf in regelmäßiges Atmen übergehen. Nach der Dauer der Apnöe kann man ungefähr einen Begriff

von dem Grade der Nervenübererregbarkeit beim Kinde bekommen und andrerseits kann man aus der Verkürzung oder aus dem Schwinden dieser Erscheinung auf Besserung des Nervenzustandes schließen. Dieses Respirationssymptom ist beständig und sehr empfindlich. Im Zusammenhang mit dem Symptom von Erb und anderen Symptomen der Spasmophilie kommt diesem Symptom eine große Bedeutung für die Diagnose der sogenannten latenten Tetanie zu. Die Arbeit ist durch 15 Kurven illustriert. Autoreferat.

Hüffel (Darmstadt). *Die Pathologie und Therapie der Eklampsie.* (Berliner Klinik, 25. Jahrg., H. 303.)

Thorspecken (Bremen). *Die Krämpfe der kleinen Kinder (Spasmophilie.)* (Beih. z. med. Klinik, 1913, H. 6.)

Übersichtsreferate. Birk (Kiel).

Kroll-Lifschütz. *Zur Frage der Eosinophilie und exsudativen Diathese.* (Monatschr. f. Kinderheilk., Orig., Bd. XII, 1914, S. 603.)

In der Frage des Zusammenhangs der Eosinophilie mit der exsudativen Diathese stehen die Ansichten von Rosenstern, Stäubli, daß Eosinophilie eine den Hautmanifestationen der exsudativen Diathese koordinierte Erscheinung ist, derjenigen von Aschenheim gegenüber, der Eosinophilie bei Ekzemkindern wohl häufig, aber nicht konstant und mit dem Abklingen der Hauterscheinungen verschwindend fand.

Verf. sucht diese Streitfrage durch Untersuchungen an gesunden und kranken Kindern der Baseler Kinderklinik zu klären. Er stellt zuerst die Zahl der eosinophilen Zellen bei gesunden Kindern fest und findet durchschnittlich 2·3%; er kommt dabei in Übereinstimmung mit den 2%, die von Ziwkowic an 100 gesunden Säuglingen gefunden wurden.

Bei kranken Kindern ergeben sich folgende Verhältnisse:

Die Eosinophilie ist konstant bei Säuglingen und Kindern, mit Ekzem, rezidivierender Urtikaria und Asthma, und zwar bei

10 Kindern mit Säuglingsekzem in Werten von 5·5 bis 26%,
5 Kindern mit Strofulus infant. in Werten von 5·5 bis 15%,
4 Kindern mit Asthma in Werten von 4·5 bis 14%.

Die Eosinophilie ist ein konstanter Blutbefund auch bei Kindern, die einmal z. B. als Säuglinge die Hauterscheinungen der exsudativen Diathese gezeigt haben, aber zurzeit frei von irgend welchen Krankheitserscheinungen sind. Interessant sind die Resultate bei einer Familie, deren 8 Kinder alle jahrelang an exsudativer Diathese litten und die alle Eosinophilie zeigen, noch nach zum Teil 4 bis 9 Jahre dauerndem, von exsudativen Erscheinungen freiem Intervall.

Die Eosinophilie ist also wahrscheinlich eine koordinierte Erscheinung im Sinne Rosensterns. Es steht zurzeit nicht fest, ob schon vor dem Auftreten der Manifestationen Bluteosinophilie, mit anderen Worten eine angeborene Anomalie des Blutbildes, besteht.

Besonders hervorzuheben ist, daß bei Landkartenzunge (ohne sonstige Erscheinungen von exsudativer Diathese) nie Eosinophilie gefunden wurde, ebenso nicht bei zahlreichen, immer wieder rezidivierenden Pharyngitiden und Bronchitiden kleiner Kinder ohne typische Asthmaerscheinungen, sowie bei vielen unerklärlichen Dyspepsien, welche nach Czerny ebenfalls häufig auf exsudativer Diathese beruhen.

Da die Eosinophilie des Blutes ein konstantes Begleitsymptom der Hauterscheinungen, aber kein gleich konstantes Symptom der Schleimhauterscheinungen der exsudativen Diathese ist, so erlaubt die Blutuntersuchung keinen differentialdiagnostischen Schluß auf das Bestehen einer latenten exsudativen Diathese.

E. Burckhardt.

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.

J. C. Schippers und **Cornelia de Lange.** *Über eine Epidemie der Heine-Medinschen Krankheit in den Niederlanden während des Jahres 1912.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 359.)

Kurzer Bericht über eine Epidemie von 163 Fällen. Im August erreichten die Erkrankungen auf dem Lande und 2 Monate später die in Amsterdam ihren Höhepunkt. Die Übertragung fand in typischer Weise durch Kontaktinfektion durch Zwischenpersonen statt. Die Mortalität betrug 4·3%, d. h. 7 Kinder, von denen 4 durch die Krankheit selbst (Landrysche Paralyse), 3 durch komplizierende Pneumonien zugrunde gingen. Birk (Kiel).

S. Flexner, P. F. Clark, H. C. Amoss. *Ein Beitrag zur Epidemiologie der Poliomyelitis.* (Journ. exper. med., XIX, p. 195—204.)

Ein Stamm von poliomyelitischem Virus wurde während eines Zeitraumes von 4 Jahren bei Affen weitergezüchtet. Dabei wies er 3 verschiedene Phasen in seiner Virulenz auf, die sich auf verschiedene Zeitperioden verteilten. Die anfangs geringe Virulenz hob sich bei der Fortpflanzung im tierischen Organismus bald zu einem Höhepunkt. Auf dieser hohen Virulenz erhielt sich das Virus während 3 Jahren, worauf sie plötzlich, ohne daß an den äußeren Bedingungen etwas geändert wurde, nachzulassen begann und innerhalb einiger Monate auf ihren Ausgangspunkt zurücksank. Dieses Verhalten der Virulenz spiegelt ziemlich getreu den Verlauf, den wir an Epidemien zu beobachten gewohnt sind. So liefern diese Beobachtungen an dem Erreger der Poliomyelitis vielleicht einen Schlüssel zum Verständnis epidemiologischer Verhältnisse. H. Vogt.

S. Flexner, P. F. Clark und **L. Harold Amoss.** *Ein Beitrag zur Pathologie der Poliomyelitis.* (Journ. exper. med., XIX, p. 205—211.)

Der Erreger der Poliomyelitis ist neurotrop; er findet sich auch in extramedullären Ganglienzellen, wie den Intervertebralganglien,

dem Ganglion Gasseri und den sympathischen Ganglien des Abdomens. Wahrscheinlich kann er sich innerhalb dieser Ganglien auch vermehren. Alle diese Ganglien weisen auch histologische Veränderungen auf, die denen im Zentralnervensystem entsprechen. Die Veränderungen betreffen überwiegend das interstitielle Gewebe. Im präparalytischen Stadium sind die Erscheinungen an den Intervertebralganglien besonders ausgeprägt an der Piaauskleidung. Danach ist die epidemische Poliomyelitis eine Erkrankung, die das Nervensystem ganz allgemein befällt, wenn auch die Erkrankung der motorischen Neuronen die ausgesprochensten Erscheinungen macht. — Das Virus der Poliomyelitis ist sehr widerstandsfähig gegen Glyzerin, in dem es länger als 2 Jahre sich hält, ebenso gegen $^1/_2$%ige Phenollösung, in der es länger als 1 Jahr lebensfähig bleibt. Dagegen geht es bei monatelanger Einwirkung von Gefriertemperaturen zugrunde. Für Zwecke der aktiven Immunisierung erweist sich eine Vorbehandlung des Erregers mit Phenol als unzweckmäßig. In der Zerebrospinalflüssigkeit von Kranken, die epidemische Poliomyelitis überstanden haben, sind in der Regel keine immunisierenden Substanzen enthalten. Die Immunkörper werden offenbar nicht im Nervensystem selbst gebildet. H. Vogt.

Harold L. Amoss. *Zur Ätiologie der epidemischen Poliomyelitis.* (Journ. exper. med., XIX, S. 212—216.)

Die von Flexner und Noguchi aufgefundenen globoiden Körperchen lassen sich anscheinend in Stückchen der Substanz der nervösen Organe durch Bebrütung nach dem Tode zur Vermehrung bringen. Man findet sie dann zum Teil in Form von kurzen Ketten oder auch von Häufchen angeordnet. Ihre Kultur gelingt leichter, wenn man die Gewebsstückchen, in denen sie enthalten sind, eine gewisse Zeit in dem aus Nierensubstanz und Aszitesflüssigkeit bestehenden Nährboden beläßt und dann zerkleinert. Die Auffindung der Körperchen gelang in Blutpräparaten, die am 12. Tage der akuten Krankheitserscheinungen bei einem intraspinal infizierten Affen gewonnen wurden. Ebenso gelang ihre Züchtung aus dem Blut eines intravenös infizierten Affen. H. Vogt.

P. F. Clark und **H. L. Amoss.** *Intraspinale Infektion mit Poliomyelitis.* (Journ. exper. med., XIX, p. 217—222.)

Eine experimentelle Infektion von Versuchstieren mit der Zerebrospinalflüssigkeit von Poliomyelitiskranken ist bisher nicht gelungen. Das liegt offenbar daran, daß das Virus aus der Spinalflüssigkeit ziemlich schnell in das Nervengewebe oder in das Blut übergeht. Bei Affen gelingt die intralumbale Infektion, wenn virulentes Impfmaterial verwandt wird, mit großer Sicherheit. Diese Tatsache im Verein mit der Beobachtung, daß in leichten Fällen, die ohne Lähmung verlaufen, regelmäßig die weichen Häute im Zentralnervensystem Veränderungen erkennen lassen, weist darauf hin, daß die Beteiligung der interstitiellen Gewebe in Meningen, Blutgefäßen und Nervengewebe eine hervorragende Bedeutung hat. H. Vogt.

Paul F. Clark, Francis R. Fraser und **Harold J. Amos.** *Die Beziehungen des Virus der epidemischen Poliomyelitis zum Blut.* (Journ. of exper. Med., Bd. XIX, S. 223—233.)

In großer Anzahl ausgeführte Übertragungsversuche mit dem Blut von Poliomyelitiskranken im Lähmungsstadium oder nach dem Tode verliefen ergebnislos. Ebenso gelang es nur einmal unter 10 Versuchen, die Erkrankung mit dem Blut eines infizierten Tieres mit beginnender Lähmung auf ein anderes zu übertragen. Nach intravenöser Injektion großer Mengen von aktivem Organfiltrat bleibt das Blut tagelang wirksam bei Übertragungsversuchen. Die Impfung auf dem Blutweg führt nur dann zu Erkrankung, wenn sie mit großen Mengen Virus ausgeführt wird. Mäßige Dosen lösen keine Lähmungserscheinungen aus, obwohl sich das Blut noch nach 24 Stunden als infektionskräftig erweisen kann. Der Körper muß also über Mittel verfügen, um das im Blut kreisende Virus vom Eindringen in die nervösen Zentralorgane abzuhalten. Der Weg zu dem Zentralnervensystem führt in erster Linie über die Lymphgefäße und Nervenstämme und nicht über die Blutgefäße. Fütterungsversuche mit Virus an stomoxys calcitrans führten nie zu Infektion der den Fliegenbissen ausgesetzten Affen. H. Vogt.

Simon Flexner und **Harold L. Amoss.** *Übergang des Erregers der Poliomyelitis aus dem Blut in die Spinalflüssigkeit.* (Journ. f. exper. Med., Bd. XIX, S. 411—416.)

Nach intravenöser Infektion mit einer ungewöhnlich großen Dosis dauerte es dennoch lange Zeit, ehe die Symptome der Erkrankung auftraten. Das spricht dafür, daß das infektiöse Agens nicht direkt aus dem Blute den Weg zur nervösen Substanz findet. Dieser Weg geht offenbar über die Spinalflüssigkeit. In dieser konnte die Gegenwart des Erregers nach 48 Stunden noch nicht nachgewiesen werden; nach 72 Stunden erwies sie sich als schwach und nach 96 Stunden als stärker infektiös. Noch 19 Tage nach der intravenösen Injektion, als die Lähmungserscheinungen einsetzten, ließ sich durch Übertragung der Spinalflüssigkeit eine Infektion herbeiführen. Um aus dem Blute in die Spinalflüssigkeit zu gelangen, muß der Erreger die Schranke des Plexus chorioideus durchbrechen. Pathologischen Vorgängen in den Meningen und der Spinalflüssigkeit kommt eine große Bedeutung zu für die Pathogenese der epidemischen Poliomyelitis. H. Vogt.

C. Kling und **A. Petersson** (Stockholm). *Keimträger bei Kinderlähmung.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, 7, S. 320.)

Von drei gesunden Familienmitgliedern eines Poliomyelitiskranken wurde Spülflüssigkeit aus Mund und Rachen gemischt, im Faust-Heimschen Schnelldampfapparat bei 38° konzentriert und einem Affen injiziert. Es gelang dadurch, bei dem Tier typische Poliomyelitis mit charakteristischem histologischen Befund hervorzurufen. Nagel-Hoffmann.

Zoltán v. Barabás. *Ein mit Meningitis meningococcica komplizierter geheilter Fall von Scharlach.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXIX, S. 66—76.)

Ein $5^1/_2$jähriger Knabe, der kurz zuvor Windpocken überstanden hatte, wird gegen den 20. Tag eines sonst normal verlaufenen Scharlachfiebers von einer Meningitis befallen, die durch Meningokokken ausgelöst ist. Auch diese Erkrankung wird anscheinend ohne bleibenden Nachteil überstanden. Häufige Lumbalpunktionen schienen günstig zu wirken. Meningokokken beherbergte das Kind auch in seinem Nasenrachenraum. H. Vogt.

Béla Jakobovics. *Der Einfluß des Scharlachs auf die Wassermannsche Reaktion.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 215 bis 227.)

Bei Untersuchung von 55 Scharlachkranken auf Wassermannsche Reaktion wurde bei 18 Patienten ein positiver Ausfall beobachtet. Bei 16 von diesen Kranken war Komplementablenkung erst nach Abklingen der akuten Scharlachsymptome, in der Zeit etwa vom 20. bis 23. Krankheitstage, zu beobachten. Die einmal beobachtete Komplementablenkung verschwand frühestens am 35. Tage der Erkrankung, spätestens am 48. Tage. In allen Fällen mit Ausnahme von 2, die am 42. und 44. Krankheitstage aus der Beobachtung ausschieden, konnte festgestellt werden, daß die Komplementablenkung wieder erlosch. Die Komplementablenkung wurde mit Ausnahme von 3 Fällen nur bei schweren Scharlacherkrankungen beobachtet. H. Vogt.

William Robertson. *Die Isolierung bei Scharlachfieber.* (Edinbourgh med. Journ., Bd. XII, S. 214—219,)

In den letzten 3 Jahren wurden in Leith die Scharlachpatienten nach 30 bis 35 Tagen aus dem Krankenhaus entlassen, wenn keine Komplikationen bestanden. Dabei wurde keine Rücksicht genommen auf die Abschuppung der Haut. Die Heimkehrfälle in dieser Zeit betrugen 2 respektive 1·7 respektive 2·8%. Dabei wurde jeder Fall mit gerechnet, der innerhalb 3 Wochen nach Rückkehr des Kranken auftrat. Großen Wert legt Verf. der Freiluftbehandlung der Kranken bei. Die Behandlung mit Karbolöl und Eukalyptusöl nach Milne hatte keinen Einfluß auf die Entstehung von Komplikationen. Dagegen entstand bei der Behandlung nach dieser Methode im Hause des Kranken unter 100 Fällen nur eine Übertragung, während von 100 anderen Fällen 7 Neuinfektionen ausgingen. H. Vogt.

Lucas. *The value of the blood picture in the early diagnosis of measles, especially in relation to the question of isolation.* (Der Wert des Blutbildes bei der Frühdiagnose der Masern, besonders in Beziehung zur Isolierung.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Februar 1914.)

Abfall der normalen Lymphozytose tritt schon 2 Tage vor dem Erscheinen der Köplikschen Flecke auf, der einfache Nachweis von

Leukopenie ist weniger zuverlässig. Auch ist schon am Anfang bedeutender Zerfall der Leukozyten zu bemerken.

Wachenheim (New York).

E. Steinschneider (Cherson, Rußland). *Masern bei einem 9 Tage alten Säugling.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, 9, S. 441.)

Steinschneider berichtet über sichere Masern mit Koplikschen Flecken bei 9 Tage altem Säugling. Die Mutter hatte allerdings am Tage zuvor größere Mengen Brom genommen.

Nagel-Hoffmann.

E. Erlenmeyer und **E. Falkowski** (Freiburg i. Br.) *Das Blutbild bei Pocken und Impfpocken.* 2. Mitt. (Deutsche med. Wochensch., 1914, 13, S. 646.)

Bei 3 von 4 untersuchten Fällen von Erstvakzination wurde eine Leukozytose festgestellt. Die Verff. nehmen an, daß das Floritionsstadium der Vakzination, zum mindesten sein Allgemeininfekt, nicht dem Floritionsstadium der Pocken, bei dem im Blut Lymphozytose besteht, entspricht, sondern dem Prodromalstadium derselben und vermuten, daß auch im Prodromalstadium der Variola Leukozytose besteht.

Nagel-Hoffmann.

W. Spirig. *Beitrag zur hereditären Disposition bei Diphtherie.* (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Nr. 47.)

Zur Lösung der Frage nach der hereditären Disposition bei Diphtherie stellt Verf. genaue Familienanamnesen bei Anlaß einer Epidemie im Kanton Appenzell-Innerrhoden (Schweiz) auf. Die Bedingungen sind darum besonders günstig, weil in dem abgeschlossenen Bergland das Volk sich von Einwanderung rein hält, großen Kinderreichtum hat und die Inzucht in erhöhtem Maße auf Disposition wie Immunität fördernd oder hindernd einwirken kann.

Bei 14 Familien, in denen Diphtherie vorkam, überragen die Erkrankungs- und Mortalitiätsziffern der Aszendenz weit die durchschnittlichen, wahrscheinlichen Werte, während bei 10 Familien, die sich immun zeigten, die entsprechenden Ziffern der Aszendenz geringer waren.

„Bei aller Reserve" zieht der Verf. den Schluß, daß die Familiendisposition zur Diphtherie im positiven wie im negativen Sinne eine bedeutsame Rolle spielt. Die Inzucht wirkt erhaltend auf die Disposition zur Diphtherie. Die Immunität, eine Funktion des Organismus, gehört unter die vererbbaren Eigenschaften desselben.

E. Burckhardt.

F. Reiche. *Erkrankungen des Appendix (in einem Falle mit anschließender Pylephlebitis) nach Diphtherie.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. XXVII, S. 250.)

Bei im ganzen 7015 Fällen von echter Diphtherie kamen 19 Fälle von Appendizitis zur Beobachtung. Es spricht manches dafür,

daß die Mitbeteiligung des Appendix nicht von der spezifischen diphtherischen Angina beherrscht wird, sondern von der Rachenentzündung überhaupt, von der akuten fieberhaften Infektion, von der sie begleitenden Mischinfektion, auch abgesehen davon, daß es in zwei bakteriologisch untersuchten Fällen nicht gelang, Diphtheriestäbchen nachzuweisen. Es muß zur Erklärung der Genese dieser Fälle, die bei Diphtherie vielfach beobachtete Schwellung der Darmschleimhaut, insonderheit ihres Follikelapparates herangezogen werden. R. Weigert (Breslau).

Nicholas and **Hogan**. *Effect of lactic acid bacilli on diphtheria.* (Wirkung des Milchsäurebazillus auf Diphtherie.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 14. Februar 1914.)

Als Spray angewandt haben die Kulturen einen außerordentlich günstigen Einfluß auf die Membranen: die Diphtheriebazillen werden direkt abgetötet. Wachenheim (New York).

Frank (Charlottenburg). *Ein Beitrag zur Diphtheriebekämpfung in Schulen und geschlossenen Anstalten.* (Hyg. Rundsch., Jahrg. XXII.)

Um bei Hausinfektionen die Einschleppung in die Schule zu verhüten und bei Schulepidemien die Weiterverbreitung unmöglich zu machen, traf die Charlottenburger Schulbehörde die Bestimmung, daß an Diphtherie erkrankte Kinder und ihre Geschwister erst nach 2mal negativem Bazillenbefund die Schule wieder besuchen dürfen, bei Häufung von Erkrankungen aber die Schule nicht geschlossen, sondern durch den Schul- oder Stadtarzt auf Bazillenträger untersucht wird. An Beispielen sucht Verf. darzutun, wie durch Ausschaltung der so ermittelten Bazillenträger die Diphtherie zum Erlöschen gebracht wurde, und kommt daraufhin zum Schlusse, daß eine wirksame Diphtheriebekämpfung nicht allein durch Absperrung der Kranken und ihrer Angehörigen, durch schematische Karenzzeit, Schulschluß und Desinfektion zu erreichen ist, sondern der bakteriologischen Kontrolle bedarf. Hohlfeld (Leipzig).

Waldemar Blacher. *Galopprhythmus und Extrasystolen bei der diphtherischen Myokarditis.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 166—193.)

Bei den schweren Formen von Zirkulationsstörungen bei Diphtherie unterscheidet Verf. 2 Perioden, von denen die erste etwa 2 Wochen dauert und ausgezeichnet ist durch Verlangsamung der Herztätigkeit, Leiserwerden der Gefäßtöne, Schwäche des Spitzenstoßes und Blutdrucksenkung. In der 2. Periode steigt der Maximaldruck an, die Intensität der Aorten- und Mitraltöne wächst, der Spitzenstoß wird schnellend und hebend. Diesen Wechsel der Erscheinungen betrachtet Verf. als Ausdruck eines gesteigerten Sympathikotonus. Er fällt in die Zeit, wo sich die schwersten anatomischen Veränderungen des Herzmuskels entwickeln. Doch sind nicht diese, sondern der veränderte Innervationszustand für das gleichzeitig erfolgende

Auftreten von Galopprhythmus und Extrasystolen verantwortlich zu machen. Der protodiastolische Galopprhythmus findet sich meist bei schwerer Myokarditis und Kreislaufstörung, der präsystolische dagegen in leichten Fällen, die mit Zeichen von Nierenerkrankung einhergehen. Doch kommt protodiastolischer Galopprhythmus auch bei vollkommener Kompensation ohne Herzerweiterung vor. Der durch das Diphtheriegift geschädigte Herzmuskel erwirbt die Fähigkeit, auf nervöse, mechanische und andere Eingriffe mit Galopprhythmus und mit Extrasystolen zu reagieren. Der präsystolische Galopprhythmus trat öfter nur bei Aufregung oder bei Lageveränderung hervor oder ließ sich auslösen durch Anlegen einer Gummibinde an einer Extremität. Atropin begünstigte seine Entstehung, Pilokarpin wirkte im entgegengesetzten Sinne. Verf. führt Gründe an, die dafür sprechen, daß der protodiastolischen Welle ein aktiver Vorgang, etwa ein plötzliches Starrwerden der Ventrikelmuskulatur, zugrunde liegt. H. Vogt.

A. Gottstein (Charlottenburg). *Das Auftreten der Diphtherie in den Schulen und die Methoden ihrer Bekämpfung.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, 9, S. 442.)

Verf. fordert, daß die Wiederzulassung Genesener von dem bakteriologischen Nachweis der Bazillenfreiheit abhängig gemacht wird und daß zur Verhütung von Klassenepidemien unmittelbar nach dem Auftreten der Krankheit alle Schüler bakteriologisch untersucht und die Bazillenträger ferngehalten werden. Nach 8 Wochen können genesene und gesunde Dauerausscheider wieder zugelassen werden, da dann von ihnen erfahrungsgemäß neue Ansteckungen nicht ausgehen. Nagel-Hoffmann.

W. G. Ruppel (Höchst). *Die Wandlungen der spezifischen Bekämpfung der Diphtherie.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, 11, S. 547 u. 12, S. 594.)

Geschichtlicher Rückblick. Nagel-Hoffmann.

K. E. Boehnke (Frankfurt a. M.). *Praktische Ergebnisse der Heilserumkontrolle.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, 11, S. 549.)

Das Alter der Sera vermindert ihren Antitoxingehalt in viel geringerem Maße, als man im allgemeinen annimmt, selbst 13 bis 15jährige Sera zeigten nur etwa 10% Abschwächung. Boehnke empfiehlt sogar die Verwendung etwas älterer Sera besonders, da, wie Paralleluntersuchungen an Meerschweinchen zeigten, die Anaphylaxiegefahr durch längeres Lagern vermindert wird. Auch das Tetanusserum ist mindestens 2 Jahre lang vollwertig.

Nagel-Hoffmann.

J. Bauer (Düsseldorf). *Über die Prophylaxe der Diphtherie nach v. Behring.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, 12.)

Es gelang in fast allen Fällen, mit der v. Behringschen Vakzinebehandlung den Antitoxingehalt im Blut wesentlich zu erhöhen.

Auch Diphtheriekeimträger wurden dadurch sicher vor Erkrankung geschützt, verloren aber in keinem Falle ihre Bazillen.

Nagel-Hoffmann.

Liedke und **Völckel** (Dresden). *Über Befunde von Diphteriebazillen in den Organen bei tödlich endender Diphtherie.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, 12, S. 594.)

Von 7 an „septischer" Diphtherie gestorbenen Kindern wurden Herz, Lunge, Leber, Milz, Niere und Knochenmark auf Keime untersucht und in sämtlichen Fällen in allen Organen vollvirulente Diphtheriebazillen nachgewiesen. Nagel-Hoffmann.

W. Buttermilch (Berlin-Weißensee). *Die klinische Bewertung der Bakterientypen bei Nasendiphtherie der Säuglinge.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, 12, S. 596.)

Buttermilch fand im Säuglingskrankenhaus unter 63 Kindern 3 Fälle von echter Nasendiphtherie, 2 von Bazillenträgern mit virulenten, 5 mit avirulenten Bazillen. Die letzteren läßt er ohne besondere Vorsichtsmaßregeln auf der Station. Schutzimpfungen unternimmt er nur bei Kindern, die keine positive Intrakutanreaktion auf Diphtherietoxin haben. Nagel-Hoffmann.

Schild. *Bakteriologische Befunde bei Bazillenruhr im Säuglings- und Kindesalter.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XIII, 1914, S. 51.)

Bei einer größeren Anzahl ruhrartiger Erkrankungen von Säuglingen und Kindern wurden Bazillen isoliert, die zur Gruppe der giftarmen Ruhr, B. Pseudodysenteria, gehören. In ihrem kulturellen Verhalten wichen dieselben nicht von dem typischen Wachstum der Pseudoruhrbazillen ab; serologisch konnte nur ein Teil derselben in bekannte Ruhrrassen eingeordnet werden. Bei einer Anzahl Stämme, die aus einer Endemie in der Göttinger Universitätskinderklinik isoliert wurden, war das nicht möglich.

Die Resultate der Agglutination sind wegen des bei Pseudoruhr häufig unspezifischen Ausfalles der Reaktion zur genaueren Rassenbestimmung ohne gleichzeitigen Kastellanischen Versuch nicht eindeutig zu verwerten.

Dagegen scheint die Komplementbindung in der angegebenen Technik eine empfindliche und spezifische Reaktion zu sein.

Autoreferat.

G. Wolff. *Über einen Fall von schwerer Säuglingsanämie (Anämie pseudoleucaemica infant.) durch Typhus abdominalis.* (A. d. Kinderklinik in Greifswald.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 406.)

Bei einem 11 Monate an der Brust und nur 6 Wochen mit Kuhmilch genährten Kinde konnte im Verlauf einer fieberhaften Affektion mit hochgradiger Milzvergrößerung der typische Blutbefund der Anaemia pseudoleucaemica infantum (Verminderung der Zahl und

des Hämoglobingehaltes der roten Blutkörperchen, hochgradige Erythropoesie, geringe Leukozytose mit Myeloczytosebefund) festgestellt werden.

Die bakteriologische Untersuchung ergab als Ursache der mit unregelmäßigem Fieber einhergehenden Erkrankung Typhus. Bewegliche Stäbchen konnten auch im Blut durch die Bouillonkultur nachgewiesen werden.

Die Anaemia infant. entstand demnach in diesem Falle sekundär im Anschluß an eine bestimmte infektiös-toxische Schädigung, die beim Erwachsenen gewöhnlich nur eine einfache Anämie hervorzurufen pflegt, gelegentlich aber, wenn es sich um eine Sepsis durch Typhusbakteriämie handelt, auch zum klassischen Bilde der perniziösen Anämie führen kann. Diese klinischen Tatsachen scheinen gut mit den Tierexperimenten Reckzehs übereinzustimmen, der fand, daß dieselben Schädigungen, die beim älteren Tier eine einfache Anämie erzeugen, bei jungen Individuen eine Störung nach Art der Anaemia pseudoleucaemica hervorrufen. Birk (Kiel).

G. Caronia. *Über die Heilbarkeit der Leishmania-Anämie.* (A. d. Kinderklinik zu Palermo, Prof. Jemma.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 452.)

Auf 78 beobachtete und klinisch sichergestellte Fälle (Milzpunktion) von Leishmaniosis kamen 50 Todesfälle, 20 noch kranke beziehungsweise unbekannt geendete Fälle und 8 Heilungen. Von letzteren also 14%.

Therapeutisch hat man zahlreiche Mittel benutzt: Salvarsan, Arsazetin, Eisenkakodylat, Röntgenstrahlen, Vakzinetherapie. Keines hilft sicher, am besten wirken noch die Arsenpräparate. Aber wahrscheinlich handelt es sich doch um eine spontane, von Medikamenten unbeeinflußte Heilung. Birk (Kiel).

R. Hamburger (Berlin). *Zur Vakzinebehandlung der kindlichen Gonorrhöe.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, 15, S. 759.)

Alleinige Vakzinebehandlung der Vulvovaginitis der Kinder ist absolut unzureichend, die Unterstützung der Lokalbehandlung nur unwesentlich. Nagel-Hoffmann.

Hand. *Report of a case of rabies.* (Fall von Lyssa.) (Arch. of Ped., Januar 1914.)

Krankheitsantritt 6 Wochen nach dem Hundebiß, Vakzinebehandlung von den Eltern verweigert. Letaler Ausgang innerhalb 2 Tagen. Wachenheim (New York).

Karl Permin. *Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Pathogenese und Therapie des Starrkrampfes.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. XXVII, S. 1.)

„Beim Tetanus beruht die lokale und universelle tonische Starre auf einem Übergreifen des Toxins auf das Rückenmark und

den Hirnstamm; die anfallsweisen Krämpfe haben ihren Ursprung im Gehirn, während die bleibende Steifigkeit der Muskeln eine Folge sekundärer Veränderungen dieser ist." In der Therapie besteht eine strenge Indikation für die spinale Injektion in allen Fällen von lokalem Tetanus, sie wird nach Ablassen von zirka 16 bis 33 cm^3 Zerebrospinalflüssigkeit mit 100 bis 200 A. E. ausgeführt und 5 bis 6 Tage lang wiederholt, dann weiter alle Tage 3 bis Besserung eintritt. Daneben läuft die bekannte symptomatische Therapie und die antiseptische Versorgung der Wunde, während die Amputation im allgemeinen nicht indiziert ist. R. Weigert (Breslau).

L. de Jager. *Echinokokkus der Lunge und der Leber.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1913, Bd. II, S. 1094.)

Krankengeschichte eines Falles von Echinokokken in Lunge und Leber bei einem Kinde von 4 Jahren. Operation. Heilung.

Graanboom.

Tuberkulose.

M. Zarfl. *Zur Kenntnis der angeborenen Tuberkulose.* (A. d. n.-ö. Landes-Zentralkinderheim in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VII, S. 370.)

Kind einer schwertuberkulösen Mutter. Am 17. Lebenstage positiver Pirquet. Bereits am 18. Lebenstage beginnende Milzvergrößerung. Bald darauf auch Leberschwellung mit Venenektasien auf der Bauchhaut. Vom 26. Tage ab höheres Fieber, von da ab schnelle Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Die Lymphdrüsen schwollen an, auf der Haut zeigten sich Tuberkulide. Die Kutanreaktion wurde immer schwächer, vom 50. Tage ab blieb sie ganz aus. 2 Tage später Exitus.

Bei der Sektion fand sich eine hämatogen und lymphogen verbreitete Tuberkulose. Die Drüsen an der Leberpforte waren am schwersten erkrankt. Birk (Kiel).

Henryka Rozenblat. *Beiträge zur Frage der kutanen Tuberkulinreaktion bei Kindern.* (A. d. Anna-Marie-Kinderkrankenh. in Lodz.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, H. 4, S. 298.)

Die Frage, die die Verf. zu beantworten suchte, war die, ob man auf Grund der quantitativen Intrakutanreaktion die verschiedenen Formen und Stadien des tuberkulösen Prozesses differenzieren könne. Sie ging dabei so vor, daß sie bei jedem Kind 4 verschiedene Alttuberkulinlösungen in der Menge von 0·1 cm^3 an 4 symmetrischen Punkten der Vorderarme injizierte, und zwar 0·0001 mg, 0·001, 0·01 und 0·1 mg. Nach 24 und nach 48 Stunden wurde das Ergebnis der Proben notiert. Die aktiven Fälle reagierten im allgemeinen

stärker als die klinisch inaktiven, doch fanden sich so viele Ausnahmen, daß das Ergebnis mit Beziehung auf die obige Frage als negativ bezeichnet werden muß.

Auch ein weiterer Versuch: Zusammenhänge zwischen dem Verlauf der Sensibilisierung der erkrankten Kinder und der Form der Tuberkulose festzustellen — mißlang; klinisch sehr verschiedene Fälle, aktive und inaktive Tuberkulosen, inzipiente und fortgeschrittene Stadien reagierten häufig absolut identisch auf die wiederholten Injektionen. Birk (Kiel).

Johann Cronquist. *Beobachtungen über den Ablauf der v. Pirquetschen Reaktion bei Kindern.* (Jahrbuch. f. Kinderheilk., LXXIX, S. 71—76.)

Bei Kindern mit exsudativer Diathese kommen starke Schwankungen im Ausfall der Hautimpfung mit Tuberkulin vor. Das zeigte sich sowohl dann, wenn gleichzeitig eine größere Zahl von Impfungen an einem Kinde nebeneinander ausgeführt wurde, wie bei täglicher Wiederholung der Impfungen in längeren Zeiträumen. Auch waren bei den mit exsudativer Diathese behafteten Kindern Verdünnungen des Tuberkulins noch wirksam, die bei anderen Kindern versagten. Die Wirkung einer Kutanimpfung mit Alttuberkulin wird verstärkt durch eine gleichzeitig ausgeführte Impfung mit Tuberkulin Béraneck, auch wenn diese sonst wirkungslos bleibt. Bei einem Kinde, das so lange mit Alttuberkulin behandelt ist, daß die Kutanreaktion erloschen ist, läßt sie sich wieder hervorrufen, dadurch, daß man gleichzeitig eine Impfung mit Béraneckschem Tuberkulin ausführt. Ein ganz entsprechendes Verhalten zeigt sich da, wo die Kutanreaktion zeitweilig durch Masern oder andere Infektionskrankheiten zum Erlöschen gebracht ist. Das Blutserum von Kindern, die mit hohen Dosen Tuberkulin behandelt werden, wirkt auf damit vermischtes Alttuberkulin so ein, daß damit keine Kutanreaktion mehr erzeugt wird. Ist die Behandlung der Kinder mit hohen Dosen Alttuberkulin lange Zeit fortgesetzt worden, so verliert ihr Serum diese hemmende Wirksamkeit. Dann gelingt auch die Aktivierung der Kutanreaktion mit Hilfe von Béraneckschem Tuberkulin nicht mehr.

H. Vogt.

Georg Bessau und **Johanna Schwenke.** *Über den diagnostischen und prognostischen Wert der Wiederholung lokaler Tuberkulinreaktionen nebst Beiträgen zur Frage nach dem Wesen der Tuberkulinüberempfindlichkeit.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 123—139.)

Eine starke lokale Tuberkulinempfindlichkeit findet sich in der Regel bei Kindern, die eine aktive Tuberkulose haben. Dabei ist sehr starke Reaktionsfähigkeit als günstiges Zeichen für die Prognose zu betrachten. Starke Steigerung der lokalen Empfindlichkeit bei Wiederholung der Tuberkulinreaktion spricht sehr gegen das Bestehen einer fortschreitenden Erkrankung. Die lokale Tuberkulin-

empfindlichkeit zeigt bemerkenswerte Unterschiede gegen die Serumüberempfindlichkeit, denn im Gegensatz zu dieser erfolgt ihr Anwachsen allmählich und gleichmäßig und oft ohne nachweisliches Inkubationsstadium. Die Entzündungserscheinungen sind immer am stärksten ausgesprochen in der Mitte, während sie bei der Serumlokalreaktion am Rande stärker ausgeprägt sind. Diese Unterschiede sprechen dafür, daß die Tuberkulinüberempfindlichkeit nicht wie die gegen Serum auf der Bildung anaphylaktischer Reaktionskörper beruht. Die Fieberreaktion nach subkutaner Tuberkulininjektion zeigt in ihrer Ausbildung keine gesetzmäßigen Beziehungen zum Ausfall der lokalen Reaktion. H. Vogt.

E. Rach. *Beiträge zur Röntgendiagnostik der Lungentuberkulose im Kindesalter.* (A. d. Kinderklinik in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 312.)

Den Inhalt der Arbeit bildet im wesentlichen die Pathologie des „Ghonschen Lungenherdes", den man klinisch dann diagnostizieren darf, wenn bei Kindern mit negativem physikalischen Lungenbefund, doch positiver Pirquetscher Reaktion ein bis bohnengroßer, dichter, scharf umschriebener Schatten isoliert und frei in den abseits vom Hilus gelegenen Anteilen der Lungen zu sehen ist und wenn gleichzeitig eine Schwellung und tuberkulöse Erkrankung regionärer, eventuell auch sonstiger Bronchialdrüsen nachweisbar ist. In diesem Ghonschen Lungenherd sieht der Verf. das Bild einer wohl charakterisierten, typischen, klinischen Form der kindlichen Lungentuberkulose.

Die Prognose eines solchen Herdes wird mit zunehmendem Alter günstiger. Die Kleinheit des Herdes und die Intensität seines Schattens, letztere bedingt durch Verkalkung und Verkreidung, sprechen für eine eingetretene Ausheilung.

Die Schwellung und Verkäsung der rechtsseitigen paratrachealen Drüsen soll ebenfalls durch einen charakteristischen Befund nachweisbar sein, nämlich durch eine Verbreiterung des obern Teiles des Mittelschattens nach rechts. Die Verbreitung grenzt sich gegen das Lungenfeld scharf ab, und zwar in einer Linie, die in einem nach oben konvexen Bogen vom Mittelschatten ausgeht, dann nach abwärts parallel zur Trachea verläuft, um schließlich in einem nach unten konvexen Bogen wieder zum oberen Teil des Mittelschattens zurückzukehren. Birk (Kiel).

Ludwig Straeter (Heidelberg). *Zur Statistik der Knochen- und Gelenktuberkulose.* (Zentralbl. f. chir. u. mech. Orthop., Bd. VI, S. 385.)

Einzelheiten müssen in dem Originalartikel nachgelesen werden. Als zusammenfassendes Ergebnis ist von Wichtigkeit, daß es schätzungsweise in Deutschland 25.000 Fälle von Tuberkulose der Knochen und Gelenke gibt, von denen jährlich 5580 = 22·3% an ihrer Krankheit sterben. Später sterben noch zirka $^1/_4$ bis $^1/_5$ an

Tuberkulose innerer Organe, so daß sich die Prognose zurzeit so stellt, daß zirka 40 bis 45% aller dieser Patienten an ihrer Tuberkulose sterben. Aus dieser ungünstigen Statistik ergibt sich als dringende Forderung, die chirurgische Tuberkulose gleich der Lungentuberkulose in eigenen Heilanstalten, die mit allen erforderlichen Einrichtungen versehen sind, zu behandeln.

B. Lange (Straßburg i. E.).

Alexander Tietze. *Zwei Fälle von Lebertuberkulose.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 780.)

Kurze Übersicht über die Literatur und Mitteilung zweier Fälle. Beide Kinder kamen im Alter von 5 Jahren zur Beobachtung, zeigten deutliche Zeichen von Lungentuberkulose, das eine außerdem Tuberkulose des Felsenbeines und der Halsdrüsen. Im Laufe der Erkrankung wird bei beiden eine mächtige Schwellung der Leber und eine Vergrößerung der Milz festgestellt, kein Fieber, keine Schmerzhaftigkeit. Es entwickelt sich reichlich Aszites; Lues, Alkoholismus ausgeschlossen. Um den Aszites zu beseitigen, wird bei beiden Kindern eine Talmasche Operation ausgeführt, bei dieser Gelegenheit in dem einen Falle ein Stückchen von der Leber zur Probe entnommen. Es fanden sich in demselben Tuberkel und im übrigen das Bild einer fibrösen Hepatitis. Der zweite Fall ist klinisch dem ersten so absolut ähnlich, daß auch ohne Probeexzision eine Lebertuberkulose angenommen werden muß. Die Behandlung besteht außer der Operation, welche keinen erkennbaren Einfluß hatte, in Röntgenbestrahlung und in Freiluftliegekur. Keller (Berlin).

Gangele und **Schüssler** (Zwickau-Mariental). *Unsere Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkulosemittel.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, 17, S. 836.)

Bericht über 34 nach Friedmann behandelte Kinder mit äußerer Tuberkulose. Davon starb eins an Miliartuberkulose, ein zweites wurde an den Rand des Grabes gebracht. In 13 Fällen traten nach der Injektion Infiltrate auf, in 21 Abszeßbildung mit zum Teil ernormer Eiterproduktion. Bei einigen Patienten trat die Eiterung erst viele Wochen nach der Injektion auf. Nach Abschluß der Abszeßbildungen erschien der Allgemeinzustand, besonders der Appetit, gebessert, eine Befreiung des Körpers von Tuberkulosegift und eine Änderung der Knochen- und Gelenkverhältnisse (Röntgenbild) war nicht zu bemerken. Nagel-Hoffmann.

Effler (Danzig). *Die Tuberkulosebekämpfung im Säuglingsalter. Erfolge, Mittel und Aussichten.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, 7, S. 341 u. 8, S. 396.)

Statistisch kann ein günstiger Einfluß der Tuberkulosefürsorge auf in tuberkulösem Milieu aufwachsende Säuglinge nachgewiesen werden. Um möglichst viel gefährdete Säuglinge in die Fürsorge einzubeziehen, ist ein Zusammenarbeiten mit der Säuglingsfürsorge empfehlenswert. Nagel-Hoffmann.

Syphilis.

S. Samelson. *Über die Dungernsche Syphilisreaktion bei Lues congenita.* (A. d. Kinderklinik in Straßburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 155.)

Empfiehlt die Dungernsche Syphilisreaktion als brauchbaren Ersatz der Original-Wassermannschen Methode. Dieselbe kann vom Arzte selbst angestellt werden, verlangt nur geringe Mengen Blut und gab in den Fällen des Verf. stets übereinstimmende Resultate mit der Wassermannschen Reaktion. Birk (Kiel).

F. Lesser und **P. Karsten** (Berlin). *Über familiäre Syphilis, zugleich ein Beitrag zur Keratitis parenchymatosa.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, S. 755.)

Verff. halten die Ker. parench. ausschließlich für eine luetische Erkrankung und meinen, daß Tuberkulose nicht einmal das Auftreten derselben bei hereditärsyphilitischen Kindern begünstigt. Die klinisch gesunden Mütter syphilitischer Neugeborener geben fast stets positive WaR; ihre Immunität ist durch latente Syphilis zu erklären. Nur 50% der syphilitisch geborenen Kinder werden im ersten Jahre klinisch krank. Nagel-Hoffmann.

Post. *The mortality of hereditary syphilis.* (Mortalität der hereditären Syphilis.) (Boston Med. and Surg. Journ., 22. Januar 1914.)

Etwa ein Drittel der Schwangerschaften enden in Früh- oder Totgeburten und 30% der lebend Geborenen erliegen in kurzer Zeit, bloß 40% sind wirklich lebensfähig, und von diesen weisen etwa 45% luetische Symptome auf. Im ganzen sind von den Kindern syphilitischer Eltern nicht 25% als leidlich gesund zu betrachten.
Wachenheim (New York).

Respirationsorgane.

Th. E. Heß Thaysen. *Die akuten nicht spezifischen Pneumonien der ersten Lebenstage.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXIX, S. 140 bis 165.)

Bei der Obduktion von 99 Kindern im Alter bis zu 10 Tagen wurden 26 Fälle von akuter Pneumonie gefunden, was einer Häufigkeit von 25% entspricht. Doch kommen sie anscheinend in Wirklichkeit noch häufiger vor, denn bei 32 bis zu 3 Tagen alten Kindern, wo besonders danach gesucht wurde, fand sich 14mal Pneumonie. Die makroskopische Diagnose gelingt aus der festen Konsistenz des Gewebes, seiner dunkelroten Farbe und seiner Sprödigkeit erst vom 2. bis 3. Tage ab mit einiger Sicherheit; eitrige Bronchitis, die mikroskopisch stets erkennbar war, ließ sich erst bei

Kindern, die 4 bis 5 Tage alt waren, mit bloßem Auge feststellen. Eine Beteiligung der Pleura war nie vorhanden. In den frühesten Stadien der Erkrankung findet man kleine disseminierte Infiltrate in den Lungen, die bei längerer Dauer die Tendenz haben, sich an den abhängigen Partien auszubreiten. Eine Gefahr, pneumonische Herde anzunehmen, wo es sich in Wirklichkeit um aspirierte Fremdkörper handelt, besteht kaum, weil die letzteren kaum je eine entzündliche Reaktion auslösen. In den frühen Stadien der Pneumonie finden sich in den Alveolen einzelne abgestoßene Epithelien und Leukozyten, ebenso in den Bronchien. Später nimmt die Zahl der Leukozyten zu, die der abgestoßenen Alveolarepithelien dagegen ab. In fünf genauer bakteriologisch untersuchten Fällen wurden Streptokokken gefunden, deren Anwesenheit in weiteren 4 Fällen das mikroskopische Bild zu ergeben schien, daneben bestand eine Allgemeininfektion (Herzblut) mit grammnegativen Stäbchen (coli). Diese Pneumonien sind wahrscheinlich auf Aspiration während der Geburt zurückzuführen, und zwar von bakterienhaltigem Sekret der normalen Geburtswege. In einem Teil der Fälle, besonders bei den Kindern, die ein paar Tage gelebt, scheint die Pneumonie die Todesursache abgegeben zu haben. H. Vogt.

L. Emmet Holt. *Die Heberbehandlung des Empyems bei Säuglingen und jungen Kindern im Vergleich mit anderen Behandlungsmethoden nach Beobachtungen an 154 Fällen.* (Americ. Med., VIII, S. 381 bis 389.)

Ältere Kinder sterben selten an unkompliziertem Empyem, Säuglinge dagegen sehr häufig. Dabei ist das Empyem in den ersten 2 Lebensjahren eine häufige Erkrankung. Auffallend und unerklärt ist die stärkere Beteiligung des männlichen Geschlechtes an der Erkrankung — auf 104 Knaben kamen nur 50 Mädchen. Eine Bevorzugung einer Brustseite vor der anderen war nicht zu beobachten. Die Mortalität betrug bei den an Häufigkeit weit überwiegenden Pneumokokkenfällen 56%, bei Streptokokkenempyemen 79%, bei Staphylokokkenempyemen 50%. Die Mischinfektionen wiesen 62% Sterblichkeit auf. Zwischen der Art des Erregers und dem Grade der Leukozytose bestanden keine gesetzmäßigen Beziehungen. Auch ließen sich aus der Leukozytose keine prognostischen Schlüsse ableiten. Die Fälle, bei denen Bakterien aus dem Blut gezüchtet werden konnten, zeigten schlechte, aber nicht absolut letale Prognose. Die Sterblichkeit zeigte sich stark abhängig vom Alter der Kranken, sie betrug im 1. Lebensjahre 73%, im 2. 58% und bei älteren Kindern 16%. Im 1. Lebensjahr ist die Heberbehandlung entschieden vorzuziehen. Ihr Vorteil besteht darin, daß dem Kind das tägliche Verbinden erspart bleibt, auch ist der Eingriff geringfügiger als eine Rippenresektion. Die Resultate der Behandlung mit Punktion und Aspiration waren nicht ermutigend. H. Vogt.

Blut und blutbildende Organe.

A. Bickel und **Tasawa.** *Über die Beziehungen des Lichtes zur Blutbildung und diejenigen der Blutbildung bei Belichtung zum Hautpigment.* (Charité-Ann., Bd. XXXVII, S. 248.)

Angesichts der Verwendung der Sonnenbestrahlung in der Therapie dürfte das Ergebnis der Tierversuche des Verf. interessieren: Entsprechend der Dauer der Bestrahlung nahm die Zahl der roten Blutkörperchen wie der Hämoglobingehalt des Blutes stetig zu. Diese Veränderungen zeigten sich aber nur bei braunen Kaninchen. Die untersuchten Albinos zeigten diese Veränderungen nicht in dem Maße, ebenso die nicht bestrahlten braunen Kontrolltiere.

R. Weigert (Breslau).

Albert Niemann. *Ein unbekanntes Krankheitsbild.* (Jahrb. f. Kinderheilk. LXXIX, S. 1—10.)

Bei einem Kinde, das seit Beginn des 2. Lebensmonats einen Milztumor aufgewiesen hatte, wurde mit 17 Monaten neben positiver Wassermannscher Reaktion eine erhebliche Vergrößerung von Leber und Milz beobachtet. Antiluetische Behandlung war erfolglos. Bei der Obduktion fanden sich keine Zeichen von angeborener Lues. Die Milz war in großem Umfang von gelblichweißen Herden durchsetzt; mikroskopisch bestand sie größtenteils aus sehr großen Zellen mit kleinem rundem Kern, einem hellen Protoplasma, das sich Farbstoffen gegenüber azidophil verhielt und von ziemlich großen Vakuolen durchsetzt war. Dieselben Zellen fanden sich in der Leber, aber angeordnet wie die normalen Leberzellen. Einzelne Gruppen von Zellen gleicher Beschaffenheit fanden sich auch in den abdominalen Lymphdrüsen, wo sie anscheinend vom Bindegewebsgerüst ausgingen. Das histologische Verhalten des Falles entspricht der Splenomegalie vom Typus Gaucher, von der er sich aber klinisch durchaus abweichend verhält.

H. Vogt.

Lymphatischer Apparat.

Cocks. *Results of tonsil operations on public school children in New York.* (Resultate der Tonsillenoperationen bei Schulkindern.) (New York Med. Journ., 17. Januar 1914.)

Eine scharfe Kritik der bestehenden Verhältnisse. Die Tonsillektomie wird vielfach ohne Narkose und mit wenig Gründlichkeit ausgeführt, so daß sogenannte Rezidive recht häufig sind. Die Operation soll bloß von berufenen Ärzten ausgeführt werden und im Hospital, nicht ambulant.

Wachenheim (New York).

Innere Sekretion.

Alwin M. Pappenheimer. *Die Wirkung frühzeitiger Entfernung des Thymus bei Ratten.* (Journ. exper. Med., Bd. XIX, S. 319 bis 338.)

Weiße Ratten überleben die Exstirpation des Thymus, selbst wenn das Organ schon vor Ablauf der ersten 2 Lebenswochen entfernt wird. Ein Stillstand oder auch nur eine Hemmung der Entwicklung und der Körpergewichtszunahme als Folge des Eingriffs war nicht zu beobachten. Auch zeigten sich keine Veränderungen des Skeletts, die auf den Eingriff zu beziehen waren. Die Milz, die Testikel, die Nebennieren, die Schilddrüsen waren nicht in konstanter oder charakteristischer Weise beeinflußt, so daß man daraus auf eine funktionelle Wechselbeziehung zum Thymus hätte schließen können. In den ersten Wochen nach der Operation zeigt sich eine relative Verminderung der Lymphozyten. Daß das Ausbleiben sonstiger Folgeerscheinungen nicht auf das Zurückbleiben von Resten des Organs zurückgeführt werden kann, wurde festgestellt durch Untersuchung der betreffenden Körpergegend in Serienschnitten nach Tötung der Versuchstiere. H. Vogt.

H. v. Haberer. *Thymusreduktion und ihre Erfolge.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. XXVII, S. 199.)

Verf. hat bei einer Reihe von Patienten mit ausgesprochenem Basedow und bei einer weiteren Gruppe meist jugendlicher (13 bis 16 Jahre), stets weiblicher Patienten mit an Basedow erinnernden Symptomen, die mit dem Befund einer Thymushypertrophie vergesellschaftet waren, die Strumektomie mit einer Thymusreduktion verknüpft. Er hat damit stets sowohl die Basedowsymptome günstig beeinflussen können wie auch besonders den momentanen postoperativen Erfolg günstig beeinflußt. Die sonst nach Strumektomie beobachteten Herz- und Aufregungszustände blieben aus, die Gefahr des Thymustodes wurde verringert. Wahrscheinlich komme beim Basedow in einer Anzahl von Fällen die gleichsinnige Wirkung von Schilddrüse und Thymus auf die Erkrankung in Betracht.

R. Weigert (Breslau).

P. Salecker. *Über Infantilismus und ähnliche Entwicklungsstörungen.* (Charité-Ann., Bd. XXXVII, S. 27.)

3 Fälle von Myxödem, Eunuchoidismus und echtem Infantilismus. R. Weigert (Breslau).

Verdauungstraktus.

H. Jellinek. *Beobachtungen über die lingua geographica.* (A. d. Kinderklinik in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 394.)

Aus täglichen Zeichnungen der Landkartenzunge folgert der Verf., daß jede Schuppungsperiode 6 Tage dauert, und daß nach Ablauf dieser Zeit der alte Zustand wieder erreicht sei. Birk (Kiel).

Richter. *Congenital pyloric stenosis.* (Angeborene Pylorusstenose.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 31. Januar 1914.)

Verf. berichtet über 22 operierte Fälle, bei denen zumeist die Gastroenterostomie ausgeführt wurde; von diesen genasen 18. Verf. möchte nicht zu viel Gewicht auf die Röntgendiagnose legen, denn das Wismut wird gelegentlich durch außerordentliche Verengerungen durchgetrieben; die klinische Untersuchung ist bei weitem zuverlässiger. Hartnäckige Obstipation, fühlbare Geschwulst, sichtbare Peristaltik und Gewichtsverlust bleiben noch immer die besten Indikationen zum operativen Eingriff. Wachenheim (New York).

Faulhaber (Würzburg). *Die Röntgendiagnostik der Darmkrankheiten.* (Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Verdauungs- u. Stoffwechselkrankh., Bd. V, H. 1.)

Das Heft enthält in knapper Darstellung eine Übersicht über die Resultate der Röntgenuntersuchung des Darmes. Zahlreiche sehr instruktive Abbildungen illustrieren den Text. Auch für den Pädiater findet sich manches Interessante in dem Büchlein.

Birk (Kiel).

Ludwig Frank. *Zur Diagnostik der Hirschsprungschen Krankheit.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. XXXVI, S. 39.)

Bei einem 14jährigen Knaben konnte die Diagnose durch Röntgenographie nach Lufteinblasung in den Darm gestellt werden, während die Untersuchung nach Verabreichung einer Wismutmahlzeit die Diagnosestellung nicht gefördert hatte.

R. Weigert (Breslau).

Hermann Küttner. *Über die sogenannten rezidivierenden Nabelkoliken der Kinder.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 145.)

E. Moro. *Über rezidivierende Nabelkoliken bei älteren Kindern.* (Ebenda, S. 337.)

Josef K. Friedjung. *Über die sogenannten rezidivierenden Nabelkoliken der Kinder.* (Ebenda, S. 341.)

Moro hatte in der Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 51 eine bestimmte Form von anfallsweise auftretenden, häufig rezidivierenden Leibschmerzen beschrieben, die mit großer Häufigkeit in die Nabelgegend lokalisiert werden. Er nahm an, daß diese Koliken in der Minderzahl auf Rektusdiastasen, chronische Obstipation, in der Hauptsache aber auf neuropathische Veranlagung und entsprechende Hypersensibilität der Kinder zurückzuführen sind.

Dieser Auffassung widerspricht der Breslauer Chirurg auf Grund eigener, durch Appendektomie geheilter Fälle. Er hält es für gefährlich, den Zusammenhang der Nabelkoliken mit dem Wurmfortsatz zu leugnen, um so mehr, als fast jeder appendizitische Schmerz bei Kindern in die Nabelgegend verlegt wird.

Seiner Meinung nach hängen die so überaus charakteristischen Schmerzanfälle, wenn nicht sämtlich, so doch zum großen Teile mit dem Wurmfortsatz zusammen und der beste Beweis dafür sei, daß die Kinder tatsächlich durch die Appendektomie dauernd von ihren rezidivierenden Nabelkoliken befreit werden. Mit dem Begriff der neuropathischen Veranlagung werde schon beim Erwachsenen viel gesündigt, bei Kindern jedoch noch mehr. Küttner faßt zum Schluß seine Erfahrungen dahin zusammen, daß er bei Kindern jede sogenannte rezidivierende Nabelkolik ebenso wie periodisches Erbrechen und unvermittelte, rasch vorübergehende Störungen der Urinentleerung als höchst verdächtig auf eine Affektion des Darmfortsatzes ansieht.

Den Ausführungen Küttners tritt bei Gelegenheit des Vortrages in der Breslauer chirurgischen Gesellschaft Tobler in sehr geschickter Weise entgegen, indem er Moro vor einer falschen Deutung zu schützen sucht. Gleichzeitig warnt er vor einer verallgemeinernden Indikationsstellung bei allen appendizitisähnlichen Erkrankungen und fordert sorgsam erwogene, strikte Indikationsstellung im Einzelfall.

Außerdem meldet sich aber Moro selbst zum Wort und ebenso Friedjung, der noch ältere Anrechte auf die rezidivierenden Nabelkoliken hat.

Moro hebt noch einmal hervor, daß für die rezidivierenden Nabelkoliken charakteristisch ist: 1. daß die Schmerzen mit großer Regelmäßigkeit in der Nabelgegend angegeben werden; 2. daß diese Anfälle stets fieberfrei verlaufen und sehr häufig rezidivieren; 3. daß die Träger dieser Schmerzen durchwegs hypersensible und vasolabile Naturen sind und fast ausnahmslos unter dem Einfluß unzweckmäßiger Erziehung stehen; 4. daß dieses Leiden durch entsprechende diätetische und pädagogische Reformen sowie durch suggestive Therapie endgültiger Heilung zugeführt werden kann. Während die 3 ersten Punkte auch bei einer Appendizitis vorkommen können, spricht Punkt 4 entschieden dagegen und gerade dieser letzte Punkt wird von Küttner ignoriert. Den Fällen Küttners stellt Moro eigene Erfahrungen gegenüber zum Beweise dafür, daß diese rezidivierenden Nabelkoliken, bei denen Küttner operiert, durch Überkleben der Nabelgegend mit einem Heftpflasterstreifen, Milieuwechsel oder auf andere völlig unblutige Weise geheilt wurden.

Friedjung nimmt in seinem Artikel die Priorität in Sachen der rezidivierenden Nabelkoliken für sich in Anspruch und analysiert Küttners Fälle, von denen nicht weniger als 4 keine Spur einer entzündlichen Veränderung des Appendix zeigten und als nichts anderes als rezidiviernde Nabelkoliken anzusehen seien.

Keller (Berlin).

N. Sagredo. *Vers et appendicite.* (Würmer und Appendizitis.) (Arch. de méd. expér., Bd. XXVI, 1914, S. 203.)

In Genf fanden sich in 100 durch Operation entfernten Wurmfortsätzen 41 mal Oxyuren oder deren Eier. In allen diesen Fällen

bestanden appendikuläre Koliken, aber keine schweren Anfälle, es waren auch keine schweren entzündlichen Veränderungen nachweisbar. In den schwerveränderten Appendizes findet man fast niemals Würmer. „Die Helminthiasis erzeugt nicht die Appendizitis, sondern täuscht sie vor." Für die Krankheit kann die Aschoffsche Bezeichnung „Appendicopathia" mit dem Beiwort parasitaria akzeptiert werden. Lehndorff (Wien).

Leber und Gallenwege.

Homén (Helsingfors). *Einige Worte zu dem Aufsatze des Herrn Lhermitte: Die familiäre juvenile Hepatitis rascher Entwicklung mit Entartung des corpus striatum: Progressive Linsenkernentartung (Wilson).* (Fortschr. d. Med., Jahrg. XXXI, S. 284.)

Homén spricht seine von Lhermitte zitierten Fälle wegen der günstigen Wirkung einer antiluetischen Behandlung als eine Form von Lues hereditaria tarda an (siehe diese Monatsschrift, Bd. XII., S. 912). Hohlfeld (Leipzig).

Rotgans. *Über angeborene Choledochusanomalie.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1913, Bd. II, S. 1342.)

Rotgans berichtet über folgenden Fall: Mädchen von fünf Jahren, hat seit dem ersten Lebensjahr Anfälle von Kolikschmerzen, begleitet von Ikterus, acholischem Stuhle und ikterischem Harne, so daß an Gallensteinkrankheit gedacht wurde.

Bei der Operation wurde, statt der erwarteten Steine, eine starke Erweiterung der Gallenblase, des Ductus cysticus und Ductus Choledochus gefunden. Der letztere wurde drainiert und die Gallenblase amputiert. Rezidive der Erscheinungen. Es wurde nun, vier Wochen nach der ersten Operation, zur Choledocho-Duodenotomie übergegangen und dabei zeigte sich eine Verengerung des Ductus Choledochus bei der Einmündung im Duodenum, welche wahrscheinlich angeboren war. Graanboom.

Pankreas.

Schütte. *Krebs der Pankreas bei einem jungen Mädchen.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1914, Bd. I, S. 527.)

Schütte berichtet über folgenden Fall:

Mädchen von 12 Jahren mit hartnäckiger Anorexie und Abmagerung, leichtem Schmerz im Rücken, ohne sonstige Beschwerden. In der Magengegend war ein harter, an der Wirbelsäule festsitzender, mit der Atmung sich nicht bewegender Tumor fühlbar. Kein Aszites, keine Milzschwellung. Bei der Luftfüllung des Magens ergab sich, daß der Tumor vom Magen und Dickdarm bedeckt war. Bei der Röntgenuntersuchung fand man, daß der Magen durch den

Tumor stark zusammengedrückt wurde. In den Fäzes viel Fett; die Kernprobe von Schmidt war schwach positiv. Kein diastatisches Ferment. Im Harne keine Glykose. Es bestand Adrenalinmydriasis.

Die Probelaparotomie bestätigte die klinische Diagnose von Pankreastumor.

Von den verschiedenen im Omentum gelegenen vergrößerten Lymphdrüsen wurde eine zur mikroskopischen Untersuchung exzidiert, und diese als karzinomatös erkannt. Graanboom.

Milz.

Rudolf Bayer. *Weitere Untersuchungen über die Funktionen der Milz, vornehmlich ihre Rolle im Eisenstoffwechsel, mit besonderer Berücksichtigung des Morbus Banti.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. XXVII, S. 311.)

Untersuchungen an Menschen und Tieren führten Verf. zu folgenden Ergebnissen: „Die Milz hat eine Reihe von Funktionen: sie retiniert das im Zellzerfall freiwerdende Eisen und steht der Hämolyse vor; sie verwendet das in ihr aufgestapelte Fe zum Aufbau andrer Zellen, speziell des Hämoglobins; sie liefert mit Wahrscheinlichkeit ein Hormon, das das autonome System paralysiert und dessen Wirkung nach seiner Eliminierung in einer erhöhten Darmtätigkeit zum Ausdruck kommt. Sie wird in ihrer eisenretinierenden Funktion mit der Zeit durch die Leber ersetzt, die aber nicht die Fähigkeit hat, das aufgestapelte Eisen mit so großer Azidität festzuhalten. Milz und Thymus kompensieren sich; nach Thymektomie tritt Funktionssteigerung der Milz ein, nach Milzentnahme entfaltet die Thymus größere Wirkung, was sich in den Symptomen eines gesteigerten Vagotonus ausspricht. Hierfür wie auch für den erhöhten Eisenexport nach Splenektomie finden sich im Blutbilde beim Entmilzten greifbare Kennzeichen: in dem Absinken des Hb-Wertes und der Erythrozytenzahl, in der Lymphozytose und Eosinophilie". Beim Banti liegt vor der Operation eine schwere Schädigung eines Teiles der Milzfunktion vor, nach der Operation liegen die Verhältnisse wie beim entmilzten Gesunden.

R. Weigert (Breslau).

Urogenitalsystem.

Bass and **Wessler.** *Blood-pressure in children showing orthostatic albuminuria.* (Der Blutdruck bei der orthotischen Albuminurie.) (Arch. of intern. Med., Januar 1914.)

Verff. weisen nach, daß der Blutdruck sich wenig vom normalen unterscheidet und diagnostisch nicht verwertbar ist.

Wachenheim (New York).

Steensma. *Über familiäre orthostatische Urobilinurie.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1914, Bd. I, S. 248.)

Bei der Untersuchung eines Harns von an orthostatischer Albuminurie leidenden Knaben fand Steensma, daß auch die Urobilinurie von orthostatischem Charakter war. Während nämlich im Nachturin oder im Harn, entleert nach einer Periode von Ruhe, niemals vermehrter Urobilingehalt zu konstatieren war, enthielt der im Laufe des Tages entleerte Harn immer sehr viel Urobilin. Auch bei den betreffenden Familiengliedern konnte Steensma diese Erscheinung feststellen, ohne daß bei diesen sich orthostatische Albuminurie fand.

Später fand Steensma in einer Familie von 23 Personen bei 17 Mitgliedern die orthostatische Urobilinurie.

Bemerkenswert ist auch, daß der Urin, welcher sehr reich an Urobilin war, nicht immer die dunkle Farbe zeigte, welche man gewöhnlich bei Urobilinurie wahrnimmt. Graanboom.

Sinclair. *Investigations in vulvovaginitis by means of the female urethroscope.* (Untersuchung der Vulvovaginitis mittels des Urethroskops.) (Arch. of Ped., Januar 1914.)

Das weibliche Urethroskop ist ein recht bequemes Instrument zur Vaginaluntersuchung kleiner Mädchen. Es hat sich herausgestellt, daß viele Fälle durch die übliche äußere Untersuchung nicht erkannt werden, dagegen zeigt die Endoskopie der Scheide Entzündung der Portio vaginalis bei Freisein der Vulva.

Wachenheim (New York).

Düker. *Der Wert der neueren Heilmittel bei Zystitis und Pyelitis.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1913, Bd. II, S. 915.)

Düker versuchte, auf experimentellem Wege, den Wert der bei Zystitis und Pyelitis gebräuchlichen Heilmittel zu bestimmen.

Es wurde experimentiert mit Urotropin, Natriumzitrat, Borovertin, Helmitol, Hetralin, Hexal, Saliformin und Salol, und zwar wurde studiert, wie sich die genannten Mittel in vitro gegenüber den Mikroorganismen verhalten, welche in der Pathogenese der Zystitis und Pyelitis eine bedeutende Rolle spielen (Staphylococcus pyogenes albus, St. pyogenes citreus, B. coli, Mikrococcus urae, B. pyoceaneus, B. proteus und B. lactis aerogenes).

Diese Versuche wurden nun so angestellt, daß Düker während zwei aufeinander folgenden Tagen das Heilmittel in der üblichen Dosis einnahm, und den Harn dann, am Ende des zweiten Abends steril auffing. Zur Erlangung eines schwach eiweißhaltenden Urins, so wie sich der Urin bei Zystitis und Pyelitis verhält, wurden nun 10 Tropfen steriles Blutserum zu 50 cm^3 Harn hinzugefügt. Dieser schwach eiweißhaltende Urin wurde nun in sterilen Kulturröhrchen geimpft mit den verschiedenen genannten Mikroben und die Kultur weiter studiert.

Aus den Versuchen ergab sich nun Folgendes:

1. Bei einer Infektion mit Kolibazillen kann nur durch Saliformin Heilung erwartet werden.

2. Bei Infektion mit Staphylococcus pyogenes, B. proteus und B. lactis aerogenes ist von Urotropin, Natriumzitrat, Borovertin, Helmitol, Hexal und Saliformin guter Erfolg zu erwarten.

3. Bei Infektion mit B. pyoceaneus sind Urotropin, Natriumzitrat, Borovertin und Saliformin indiziert.

4. Urotropin sowie Helmitol büßen ihre Wirkung ein, sobald das Milieu alkalisch reagiert (alkalische Mineralwässer).

Graanboom.

Bewegungsapparat.

Julius Grunewald (München). *Über die spezifische Labilität der Streckmuskeln und über Inaktivitätsatrophie überhaupt.* (Zeitschr. f. orthop. Chir., Bd. XXX, S. 9.)

Hormone sind spezifische Stoffwechselprodukte, die auf bestimmte Lebensprozesse reizend oder hemmend einwirken. Grunewald nimmt an, daß auch die Ernährung des willkürlichen Muskels von Hormonen abhängig ist. Die Bildungsstätte dieser sind 1. die graue Substanz der Vorderhörner, 2. die Gelenke. Muskelatrophie soll nur eintreten, wenn eine dieser Hormonenquellen geschädigt ist. Ein gesunder Mensch kann durch Schonung der Muskeln eine Abmagerung nicht erzeugen, dagegen durch Übungsmangel eine durch Erkrankung entstandene erhalten. Außerdem gibt es noch eine toxische Atrophie, die abgesehen von allen möglichen toxischen Noxen, durch krankhafte Veränderung der Hormone entstehen kann.

Die Streckmuskeln haben in phylogenetisch jüngerer Zeit bei der Menschwerdung wichtige Massen- und Funktionsveränderungen erfahren und sind deshalb labiler als die seit uralten Zeiten nur wenig veränderten Beuger. Am empfindlichsten sind aus demselben Grunde der Quadrizeps fem., Glutaeus max. und Deltoideus. Diese Muskeln, die vorzugsweise der akuten Atrophie verfallen, sind auch wegen ihrer engen Beziehung zu den Gelenken toxischen Noxen mehr ausgesetzt als alle anderen Muskeln. B. Lange (Straßburg i. E.).

Richard Scherb (Zürich). *Zur Frage der dorsalflektierenden Wirkung des M. peroneus brevis am Fuße und über seine Stellung in der Lehre von der Koordination.* (Zeitschr. f. orthop. Chir., Bd. XXX, S. 32.)

Noch immer herrschen die verschiedensten Ansichten über die Wirkung des Per. brevis. Die Frage, ob er ein Dorsalflektor ist, bejaht Scherb. Es ist ihm ein mittelbarer Anteil an der Dorsalflektion zuzuschreiben. Daß wir erst allmählich den Muskel in diesem

Sinne benutzen lernen, geht daraus hervor, daß die Wirkung mehr bei Erwachsenen als bei Kindern sichtbar ist. Die Dorsalflexion hängt aber von der Tätigkeit des Extens. digit. long. ab: konsekutive agonistische Synergie. Außerdem ist er Plantarflektor, Abduktor und Pronator. B. Lange (Straßburg i. E.).

Psychologie und Psychopathologie.

Erwin Lazar. *Über die endogenen und exogenen Wurzeln der Dissozialität Jugendlicher.* (A. d. Kinderklinik in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 8, S. 479.)

Zahlreiche Fälle von schwer pathologischen Kindern, deren Untersuchung ergab, daß ein großer Teil abnorm veranlagt war, daß anderseits aber auch viele abnorm zu sein schienen, die es nicht waren. Das „dissoziale" Verhalten war also zum Teil ein Symptom der Krankheit, zum Teil der Effekt der Erziehung. Birk (Kiel).

Neurologie und Psychiatrie.

Irmgard Engel. *Über einen seltenen Fall von Hysterie im Kindesalter.* (A. d. Kinderklinik in Straßburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 444.)

Es handelte sich um einen 7 Jahre alten Knaben aus nervöser Familie, der plötzlich die Sprache verlor und bald darauf eine Steifigkeit am ganzen Körper zeigte, welch letztere bald in eine allgemeine Parese überging, bei normalen Reflexen. Die Katalepsie hielt ziemlich lange an, allmählich zeigten sich Symptome, die auf Hysterie hinwiesen (Arc de cercte, Clownismus usw.). Schließlich Besserung und Heilung. Birk (Kiel).

v. Niessl-Mayendorf (Leipzig). *Über die Ursachen der choreatischen Zuckung.* (Fortschr. d. Med., Jahrg. XXXI, S. 1182.)

Verf. denkt an eine Läsion des roten Kernes und der Hirnschenkelhaube. Die willkürliche Muskelinnervation erreicht erst dann ihre volle Wirkung, wenn sie mit der unwillkürlichen der Synergisten und Antagonisten zusammengeht. Das geschieht wahrscheinlich in der Weise, daß die willkürliche Muskelkontraktion sensible Reize setzt, welche durch die Schleifenbahn zur hinteren Zentralwindungsrinde aufsteigen und über roten Kern und Haube zurückgeleitet werden. Ist der absteigende Schenkel dieses Reflexbogens unterbrochen, so kann das Versagen der kollateralen oder rotatorischen Synergisten zu seitlichen Abweichungen oder Drehungen, das der

Antagonisten zu einem übertriebenen Kraftaufwand der Bewegung führen, während homologe kontralaterale Mitbewegungen zustandekommen, weil sich die aufsteigenden sensiblen Reize über die Balkenbündel zu identischen Rindenregionen der anderen Hirnhälfte entladen müssen. Auch die sogenannten Spontanbewegungen erklären sich in derselben Weise; denn jede Haltung des Körpers im wachen Zustande ist ein Bewegungsvorgang. Hohlfeld (Leipzig).

Arthur Collet. *Ein Fall von Paralysis generalis bei einem 10jährigen Knaben.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXIX, S. 24—39.)

Hereditär-luetischer Knabe, nervös belastet, macht in den ersten Lebensjahren, abgesehen von etwas undeutlicher Sprache und ungeschicktem Gang, eine anscheinend normale Entwicklung durch. Im Alter von 7 Jahren, im Anschluß an eine Narkose, treten allmählich Veränderungen des Charakters auf, Schlaflosigkeit, Sprach- und Schreibstörungen, das Kind verblödet. Gleichzeitig entwickelt sich eine Optikusatrophie, Beugekontrakturen in Armen und Beinen mit gesteigerten Patillarreflexen. In der letzten Zeit vor dem Tode bestand allgemeine Hyperästhesie. Bei der Obduktion fanden sich, abgesehen von hämorrhagischer Pachymeningitis und starkem Hydrocephalus internus, eine ausgeprägte perivaskuläre Infiltration und unregelmäßiger Aufbau der Zellschichten der Hirnrinde, anscheinend mit Atrophie von Ganglienzellen. Im Kleinhirn waren die Purkinjeschen Zellen unregelmäßig verteilt und wiesen an manchen Stellen Formveränderungen auf. Im Rückenmark waren die entzündlichen Erscheinungen an den Häuten im Halsteil am ausgeprägtesten. H. Vogt.

Junkel. *Ein Fall von doppelseitiger totaler Plexuslähmung, intra partum entstanden.* (Charité-Ann., Bd. XXXVII, S. 306.)

R. Weigert (Breslau).

Albert Dahlmann. *Zur Kenntnis der Fazialislähmungen bei Spontangeburten.* (Charité-Ann. Bd. XXXVII, S. 377.)

R. Weigert (Breslau).

Oskar Rosenberg. *Die Pachymeningitis haemorrhagica interna im Kindesalter.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, L, S. 2272.)

Vortrag in der Naturforscherversammlung zu Wien (siehe Referat in dieser Monatsschrift, Bd. XII, S. 505).

Keller (Berlin).

Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen.

Josef Koch. *Über experimentelle Rachitis.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 773, 836 u. 886.)

Die früheren Studien über den Zusammenhang zwischen Infektion und Knochenveränderungen (siehe Referat in Heft 3 dieser

Monatsschrift) veranlaßten den Verf., sich besonders mit der Frage zu beschäftigen, welche Rolle die Bakterien bei der Entstehung des rachitischen Knochenprozesses spielen. Für die Tierexperimente erwies sich der jugendliche Hund als das dankbarste Versuchsobjekt und unter den geprüften Bakterien erwies sich der menschliche Streptokokkus (Streptococcus longus seu erysipelatos) für die Versuche deswegen besonders geeignet, weil er charakteristische Veränderungen am Knochensystem hervorruft. Bei Hunden trat nach Einspritzen des Streptococcus longus eine Knochen- und Gelenkerkrankung in so reiner Form auf, wie sie bisher auf experimentellem Wege nicht erzeugt worden ist. Die Koppen verschwinden nach kurzer Zeit aus dem Blute, um sich im Knochenmark anzusiedeln und erzeugen hier keine eitrige Entzündung, sondern nur degenerative Veränderungen. An verschiedenen Gelenken treten sterile Ergüsse auf, ferner charakteristische Veränderungen an der eigentlichen Knochenknorpelgrenze, die als degenerativ aufgefaßt werden. Nach Ablauf der akuten Erscheinungen tritt ein Stadium scheinbaren Wohlbefindens ein, bis sich das klinische Bild der chronischen Krankheit nach und nach entwickelt: Abnormitäten des Ganges, Verdickungen der Knochenenden, Hypertrophie der Diaphysen und in den meisten Fällen Verbiegungen der langen Röhrenknochen. Auffallend ist, daß der Grad der Skelettveränderungen und die Beteiligung der verschiedenen Abschnitte des Skelettsystems bei den einzelnen Tieren in sehr verschiedener Weise wechselt. Allen Knochen gemeinsam ist auf dem Höhestadium der Erkrankung die Weichheit und leichte Zerschneidbarkeit sowie die Neigung zu Infraktionen und Frakturen. Als besonders charakteristisch werden die Veränderungen am Schädel angesehen. Er ist auffallend schmal, dagegen sind die Gesichts- und Kieferknochen stark entwickelt und verdickt. Dazu kommen Schmelzdefekte an den Zähnen.

Es handelt sich nach Ansicht des Verf. um ein charakteristisches Leiden des Knochensystems des jugendlichen Hundes in seiner Wachstumsperiode, das man zunächst als eine pathologische Störung der normalen Ossifikation, wenn es sich im weiteren Wachstum des Tieres jedoch voll entwickelt, auch nach seinem makroskopischen und mikroskopischen Bilde als ein rachitisches bezeichnen darf.

Sehen wir von dem akuten Stadium ab, das wohl als eine Folge der hämatogenen Infektion mit dem Streptococcus longus anzusehen ist, so wird die Diskussion der Versuche insbesondere der auch vom Verf. gewürdigten Frage zu gelten haben, ob auch die chronischen Veränderungen am Knochensystem auf diese Infektion zurückzuführen sind und ob diese letztere allein genügt, um das Bild der englischen Krankheit zu erzeugen. Verf. sieht in seinen Versuchen nur die Bestätigung seiner Ansicht, daß sowohl die spontane wie die experimentelle Rachitis beim Tier ihre primäre Ursache in einmaliger oder öfterer Infektion findet.

Es ist zu erwarten, daß die Untersuchungen sowohl um des Verf. als auch um des Institutes willen, aus dem sie hervorgingen (Königliches Institut für Infektionskrankheiten „Robert

Koch"), die nie zur Ruhe kommende Frage nach der Ätiologie der Rachitis in erhöhte Bewegung bringen. Keller (Berlin).

de Bruin. *Spontane Knochenfrakturen bei einem Kinde.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1913, Bd. II, S. 1341.)

In der Versammlung von Ärzten und Naturforschern demonstrierte de Bruin ein einjähriges Kind mit multiplen spontanen Knochenfrakturen, in Dislokation geheilt, und lokalisiert beiderseits an Femur, Tibia, Fibula, Radius und Ulna, außerdem am linken Humerus, im ganzen also 11 Frakturen, im Momente der Demonstration geheilt, mit Kallusbildung und ohne abnorme Beweglichkeit. Aus den Röntgenbildern ergibt sich, daß das Kind an Rachitis gravior leidet. Graanboom.

Jansen Murk (Leiden). *Das Wesen und das Werden der Achondroplasie.* (Sonderabdruck a. d. Zeitschr. f. orthop. Chir., Heilgymn. u. Mass., Bd. XXXII, Stuttgart bei Enke.)

„Eine Abhandlung über Wachstumstörung embryonaler Zellgruppen verursacht durch Amniondruck in den verschiedenen Stadien der Skelettentwicklung." Birk (Kiel).

Haut.

Fritz Mautner. *Über Hautreaktionen bei gesunden und ekzematösen Kindern.* (A. d. Kinderasyl in Berlin.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 461.)

Bei verschiedenartigen Versuchen mit mechanischen, thermischen (feuchte Umschläge), chemischen (Buttersäure, Krotonöl) und bakteriellen (abgetötete Staphylokokken) Reizen zeigten ekzematöse Kinder teilweise stärkere Reaktionen als hautgesunde.
Birk (Kiel).

L. Tobler. *Zur Breslauer Epidemie von Erythema infectiosum.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 544.)

Im letzten Winter trat in Breslau und Schlesien eine Epidemie von Erythema infectiosum auf; sie gab zu epidemiologischen und klinischen Beobachtungen Gelegenheit, über die Tobler berichtet. Die Beobachtungen stimmen im großen und ganzen mit den Darstellungen von Sepp und von Pfaundler überein und ergänzen sie in einigen Punkten. Keller (Berlin).

Zahnung.

A. Dingwall Fordyce und **J. H. Gibbs.** *Die Rolle der Ernährung für die Entwicklung von Zahnkaries und Verdauungsstörungen im Kindesalter.* (Edinbourgh med. Journ., Bd. XII, S. 207—214.)

Ein auch als Pädiater geachteter Internist und ein angesehener Zahnarzt entwickeln gemeinsam ihre Ansichten, die sie in folgenden Sätzen kurz zusammenfassen. Für die Entstehung von Zahnkaries und Ernährungsstörungen bei Kindern sind die wichtigsten Ursachen: 1. Künstliche Ernährung, 2. Verordnung von breiförmiger Nahrung nach der Entwöhnung, 3. Genuß von Süßigkeiten; das Fehlen von rohen Früchten in der Nahrung oder ihre unzweckmäßige Verwendung. 4. Überreichlicher Genuß von Kohlehydraten. 5. Fehlen von animalischen Nahrungsmitteln. Die Bedeutung der natürlichen Ernährung wird damit begründet, daß sie zur Entwicklung breiterer Kiefer führen soll, während bei künstlicher Ernährung die Gaumenbögen näher zusammenrücken und dadurch der Raum für die Zähne eingeschränkt wird. Das frühe Erscheinen der Schneidezähne deutet darauf hin, daß für diese Entwicklungsperiode das Abreißen von Fleisch vom Knochen und das Abbeißen von reifen Früchten angezeigt ist. (!) Gegen Ende des 1. Jahres soll die Kost aus Milch, einer kleinen Menge Porridge, Suppe und Stückchen Toast mit Butter bestehen. Dazu kommt die Hälfte eines weichgekochten Eies in mehrtägigen Zwischenräumen, sowie etwas Fruchtsaft. Eine besonders gute Pflegerin erreicht es, daß die Kinder schon in dieser Zeit rohe Früchte gut kauen und Fleischreste vom Knochen abnagen lernen. Großen Wert für die Erhaltung der Zähne legen die Verf. den Pflanzensäuren bei; sie halten Ausspülung des Mundes mit einer gesättigten Lösung von weinsaurem Kalium für wertvoller als den Gebrauch der Zahnbürste. Süßigkeiten sollten Kinder höchstens in kleinen Mengen bei den Mahlzeiten verzehren und darauf sollte stets der Genuß rohen Obstes folgen. Zahnkaries steht in enger Beziehung zu Nervosität, Unterernährung, Pavor nocturnus, Husten, Drüsenschwellung und zahlreichen Formen von Verdauungsstörungen. — Man sieht, dieselbe Überschätzung der Bedeutung der Zähne wie bei uns. H. Vogt.

Auge.

v. Herff (Basel). *Zur Vorbeugung der Blennorrhoea neonatorum in Stadt und Land.* (Arch. f. Gyn., Bd. XCVIII.)

Verf. fordert Anzeigepflicht und obligatorisches Credéisieren. Dabei leistet nach seinen Erfahrungen Sophol in 5%iger Lösung mehr als Argentum nitricum und aceticum. Voraussetzung für Haltbarkeit und Reizlosigkeit ist die kalte Zubereitung der Lösung, die auch nachträglich nicht über 39° C erwärmt werden darf, weil

sonst Formaldehyd abgespalten wird. Man läßt einige Tropfen auf die geschlossenen Augenlider oder den inneren Lidwinkel fallen. Verf. legt Wert darauf, daß dies erst nach dem Baden und Anziehen des Kindes geschieht, weil die Lösung dann nicht gleich wieder ausgeschwemmt und die ganze Prozedur mit größerer Ruhe ausgeführt wird. Hohlfeld (Leipzig).

Nase, Ohr, Kehlkopf.

Fernando Perez. *Die Ozäna, eine infektiöse und kontagiöse Krankheit.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 2411.)

Gustav Hofer. *Zur Frage nach der Ätiologie der genuinen Ozäna.* (Ebenda, S. 2413.)

Auf Einladung der Berliner laryngologischen Gesellschaft berichtet Perez über seine nunmehr auf 12 Jahre sich erstreckenden Arbeiten über die Ätiologie der Ozäna. Er ging von der Anschauung aus, daß die Ozäna eine Familienkrankheit ist. Nachdem er zuerst angenommen hatte, daß die Infektion durch den Kokkobazillus von Loewenberg-Abel erfolge, kam er später zu der Überzeugung, daß der von ihm Coccobacillus foetidus ozaenae genannte Bazillus Erreger der Krankheit sei. Überimpfung auf Kaninchen ruft eine chronische Krankheit hervor, die sich durch eitrige hämorrhagische Nasensekretion kennzeichnet und stets zu einer Atrophie der vorderen Nasenmuskel führt. Bei epidemiologischen Untersuchungen konnte Perez 126 Fälle von menschlicher Ansteckung feststellen. Aber nicht der Mensch allein überträgt diese Krankheit, sondern anscheinend häufig auch der Hund.

Die experimentellen Arbeiten von Perez wurden auf dessen Aufforderung hin von Hofer (Wien) einer neuerlichen Bearbeitung und Nachprüfung unterzogen, durch welche dessen Anschauungen von der Spezifizität seines Bazillus bestätigt werden. Dafür sprechen insbesondere die Agglutinationsprüfungen und die Vakzinationsergebnisse. Hofer kommt zu dem Resultat, daß die aktive Immunisierung mit den Perezschen Mikroben eine absolut günstige Perspektive gewährt, und sieht in den therapeutischen Erfolgen eine neue Stütze für die ätiologische Bedeutung des Coccobacillus foetidus.

In der an beide Vorträge sich anschließenden Diskussion wird die Bedeutung der vorgetragenen Ergebnisse für die Ozänafrage anerkennt, gleichzeitig aber die Notwendigkeit von Nachprüfungen und weiteren Untersuchungen auf der nun geschaffenen Grundlage betont. Keller (Berlin).

Chirurgie.

H. Stettiner (Berlin-Weißensee). *Einiges aus dem Gebiete der Säuglingschirurgie.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, 7, S. 334.)

Verf. bespricht die besondere Art der Indikationsstellung für Operation an Säuglingen. Er operiert keine untergewichtigen Kinder und keine mit absteigender Gewichtskurve, tritt aber im übrigen für frühzeitige Operation bei Empyem und Invagination ein. An der Hand verschiedener Beispiele zeigt er die Aussichten bei Atresie- und Hypospadieoperationen. Nagel-Hoffmann.

W. Benthin (Königsberg i. Pr.). *Intrakranielle Blutungen infolge Tentoriumzerreißung als Todesursache bei Neugeborenen und Säuglingen.* (Monatsshr. f. Geburtsh., Bd. XXXVI, S. 308.)

Bei plötzlichem Absterben der Frucht intra partum oder bei rätselhafter Asphyxie mit baldigem Tod nach normaler, gut geleiteter Geburt muß stets an die Möglichkeit einer intrakraniellen Blutung infolge Tentoriumzerreißung gedacht werden. Im Material des Verf. wurde bei 10% aller in einem Jahre totgeborenen oder in den ersten Lebenstagen gestorbenen Kinder dieser Befund durch die Sektion als Todesursache erhoben. Der Verf. führt aus, daß ein fehlerhafter Dammschutz die Blutung herbeiführt.

R. Weigert (Breslau).

Georg Müller. *Ein Fall von ossärem Schiefhals.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 152.)

Demonstration eines 11jährigen Knaben, bei dem im Alter von 2 bis 3 Jahren zum erstenmal beobachtet wurde, daß er den Kopf schief trägt. In den folgenden Jahren hat sich die Schiefhaltung ständig verschlimmert, bis der Zustand in den letzten 4 bis 5 Jahren stationär geworden ist. Bei den Versuchen, die Kopfhaltung auszugleichen, stößt man auf einen starren Widerstand in der Halswirbelsäule. Klinisch und röntgenologisch läßt sich feststellen, daß es sich um einen ossären Schiefhals, d. h. um eine durch Wirbelanomalien bedingte Halsskoliose mit anschließender kompensatorischer Brust- und Lendenskoliose handelt. Der Atlas scheint mit dem Hinterhaupte knöchern verwachsen, der zweite, dritte und vierte Halswirbel sind rechtseitig miteinander verwachsen, während sie nach der anderen Seite stark divergieren. Außerdem sind im Röntgenbilde eine Diastase im Epistropheus und Substanzdefekte in dritten und vierten Halswirbel erkennbar. Die drei untersten Hals- und der oberste Brustwirbel sind hochgradig atrophisch und anscheinend untereinander verschmolzen. Die drei untersten Halswirbel tragen Halsrippen. Diese letzteren und die Spaltbildung an den oberen Halswirbeln sprechen dafür, daß es sich bei den Veränderungen der Halswirbelsäule um eine intrauterine Hemmungsbildung handelt.

Keller (Berlin).

Gebhardt (München). *Zur Kenntnis der akuten Knochen- und Gelenkentzündungen im Säuglingsalter.* (Arch. f. Orthop., Mech. u. Unfallchir., Bd. IX, S. 357.)

Ätiologisch kommt der Streptococcus pyogenes in Betracht, welcher bei kleinsten Kindern Gelenkeiterungen, Epiphysenlösungen und periostale Entzündungen verursacht. Es kommt weder zu Markeiterung noch zu Nekrosen. Die klinischen Erscheinungen bestehen entweder in fieberhafter Erkrankung mit spontaner Entleerung von Eiter, oder dieser muß durch Inzision abgeleitet werden; oder aber es kommt zu keiner klinisch nachweisbaren Eiterung, sondern es werden nur Schmerzen und Schwellung beobachtet. Später erst, wenn das Kind zu laufen beginnt, machen sich durch Hinken Schädigungen des Gelenkes bemerkbar. Die Ausheilung findet stets mit beweglichem Gelenk statt, im Gegensatz zur Coxitis tuberculosa. Die Kopfepiphyse des Femur fehlt, es kommt zu einer Luxationsstellung und der Hals zeigt Verbiegung wie bei Coxa vara. Der Kalkgehalt der Knochen ist nicht verändert. Dieser Zustand gibt oft zu Verwechslung mit Luxatio congenita Anlaß.

Bei dieser Destruktionsluxation gelingt in einer kleinen Anzahl die unblutige Reposition, bei der Mehrzahl aber, und zwar bei allen älteren Kindern scheitert, die Reposition an der Starrheit des die Pfanne füllenden Bindegewebes. B. Lange (Straßburg i. E.).

Felten und **Stolzenberg** (Wyk auf Foehr). *Traumatische solitäre Knochenzysten.* (Zeitschr. f. orthop. Chir., Bd. XXX, S. 430.)

Es besteht eine zweifellose Beziehung dieser Affektion zum Trauma. Das sogenannte „Initialtrauma" geht der Entstehung der Zyste voran, das spätere „symptomatische", das die ausgebildete Zyste trifft, führt zu ihrer Feststellung. Verff. teilen einen Fall mit, dessen traumatische Ätiologie unzweifelhaft ist. Einem 14jährigen Jungen drangen bei der Explosion eines Sprengkörpers Metallsplitter u. a. auch in die rechte Kniegegend. Nach Verbandanlegung arbeitete er weiter. 4 Wochen später verspürte er Schmerzen, die ihn nötigten, die Arbeit einzustellen. Durch Röntgenbild wurde nun in der Patella ein Metallsplitter nachgewiesen, der in einer glattwandigen Zyste lag. Durch Operation wurde der Junge geheilt.

B. Lange (Straßburg i. E.).

Emil Schepelmann (Halle). *Fraktur und Heißluft.* (Zeitschr. f. orthop. Chir., Bd. XXX, S. 1.)

In dieser experimentellen Studie zeigt Schepelmann, daß unter Anwendung des elektrischen Heißluftkastens die Frakturheilung bei Kaninchen, gleichgültig ob sie behandelt wurden oder nicht, zeitlich gleichmäßig vonstatten geht. Eine übermäßige Kallusbildung wird aber bei Heißluftanwendung verhütet oder rückgängig gemacht. Diese Behandlung ist also bei abnorm gesteigerter Knochenbildung sowie besonders bei Gelenkfrakturen zu empfehlen.

B. Lange (Straßburg i. E.).

Heinrich Harttung. *Die Verwendung von frei transplantierten Faszien- und Peritonealstreifen in der Behandlung des Mastdarmvorfalles.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 684.)

Henschen (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 3) hatte einen rektalen Prolaps in der Weise operiert, daß er einen der Fascia lata entnommenen 10 m langen und 3 cm breiten Faszienstreifen so zusammenfaltete, daß seine ursprüngliche Unterfläche nach außen zu liegen kam und er ihn nun von 4 kleinen Radiärinzisionen aus nach Art des Thierschschen Ringes um den Anus herumführte. In 5 Fällen von Rektumprolaps bei Kindern im Alter von 2 bis 4 Jahren hat Verf. dieses Verfahren ebenfalls versucht; in einem Falle mit gutem Erfolg genau nach den Vorschriften Henschens. In den anderen Fällen wurde nicht die Faszie autoplastisch entnommen, sondern homoioplastisch Peritoneum zur Verwendung gebracht, welches frisch exstirpierten Bruchsäcken entnommen war. In 2 von diesen Fällen war das Resultat gut, in 2 anderen weniger gut respektive schlecht, doch dürften die beiden Mißerfolge auf Fehler in der Technik zurückzuführen und bei besserer Technik zu vermeiden sein. Keller (Berlin).

Lotsch. *Über die sogenannte Invaginatio ileocoecalis beim Säugling.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 2140.)

In den letzten 5 Jahren wurden in der chirurgischen Universitätsklinik der Charité 18 Fälle von Darminvagination operiert. Darunter 13 Kinder unter 15 Monaten, 2 im Alter von 3 bis 6 Jahren. Aus diesen Zahlen geht wiederum die Häufigkeit der Darminvagination im Säuglingsalter hervor. Bei den Säuglingen handelt es sich mit Ausnahme eines Falles um Ileozökalinvagination. 10 von diesen 12 Fällen verliefen letal, sie kamen zu spät in Behandlung. Die fast absolut schlechte Prognose der Operation bei Säuglingen nach Ablauf von 12 Stunden ist bekannt. Es ist daher falsch, mit Versuchen, die Invagination durch rektale Lufteinblasungen oder durch hohe Darmeingießungen zu reponieren, kostbare Zeit zu verlieren. Alle diese Versuche kommen überhaupt nur in besonders günstigen und frischen Fällen in Betracht. Keller (Berlin).

Orthopädie.

Whitbeck. *The importance of the treatment of weak feet in children.* (Behandlung der schwachen Füße bei Kindern.) (New York State Journ. of Med., Januar 1914.)

Die Vernachlässigung dieses Zustandes ist die Quelle der späteren Häufigkeit des Plattfußes. Wachenheim (New York).

E. Glass (Charlottenburg-Westend). *Cellon-Stützkorsetts.* (Deutsche med. Wochenschr., 1914, 17, S. 854.)

Empfehlung einer Ersatzmasse für Zelluloid, die absolut feuerungefährlich und sehr elastisch und haltbar ist.

Nagel-Hoffmann.

O. Vulpius. *Erfahrungen und Erwägungen über die neue Verbandbehandlung der Skoliose nach Abbott.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, S. 1745.)

Verf. bespricht das Prinzip der Abbotschen Behandlungsmethode und die Art ihrer Ausführung sowie seine eigenen Erfahrungen mit der Methode. Er legt den größten Wert auf die richtige Auswahl der Fälle; besonders geeignet sind Totalskoliosen oder solche mit einfacher Krümmung ohne nennenswerte Gegenkrümmung. Ausgeschaltet werden Kinder unterhalb des 6. Lebensjahres, ebenso Erwachsene, schwächliche und anämische Patienten, ferner solche, deren Herz und Lunge nicht einwandfrei sind, und endlich auch innerhalb der richtigen Altersgrenze schwere Fälle mit spitzwinkligem Rippenbuckel. Ein unleugbarer Nachteil des Verfahrens besteht in der unzweifelhaften Atrophie der Knochen und in der Steigerung der Nebenkrümmungen. In etwa 50 Fällen von Skolisoe sind die bisherigen Erfahrungen des Verf. durchaus günstig. Er behält sich aber ein definitives Urteil wegen der Kürze der Beobachtungszeit noch vor. Immerhin stellt er so viel fest, daß man selbständige Korrekturen der Deformität erzielen kann, welche über das bisher erreichbare Maß herausgehen. Keller (Berlin).

L. Ombrédanne. *Le principe d'Abbott. Essai d'interprétation et resultats déjà acquis.* (La Presse méd., 1914, Bd. XXII, S. 1.)

Ein endgültiges Urteil über die Dauerresultate kann Verf. nicht fällen, da die Behandlungsmethode erst seit 18 Monaten angewendet wird. Mit dieser Einschränkung tritt Ombrédanne für das Abbottsche Verfahren ein. Keller (Berlin).

Mißbildungen.

Tallant. *A case of multiple congenital malformation.* (Fall von multipler Mißbildung.) (Arch. of Ped., Januar 1914.)

Bei einem Kinde fand Verf. Hasenscharte, Wolfsrachen, angeborenen Nabelbruch, Brustbeinspalte, einen überschüssigen Finger, Hypospadias und Retentio testis. Bei der Nekroskopie fand man außerdem Fehlen des großen Netzes, Mißbildungen der Nieren und Nebennieren und mehrere Gefäßanomalien.

Wachenheim (New York).

Heinrich Hilgenreiner. *Über angeborene Afterenge. Ein Fall von Atresia ani analis.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXIX, S. 11—23.)

Bei einem wenige Wochen alten Kinde fand sich eine Atresie des Afters neben einer äußeren Fäkalfistel, die in der Analgrube nach vorn von der normalen Stelle der Afteröffnung ausmündete. Daneben bestanden Anomalien im Endteil der Wirbelsäule, nämlich 6 Lendenwirbel, während das Kreuzbein nur rudimentär ausgebildet war und das Steißbein fehlte. H. Vogt.

Hospitalswesen.

Mayerhofer. *Die Säuglingsstation der neuen Wiener Kinderklinik.* (A. d. Kinderklinik in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 383.)

Ausführliche Beschreibung der Säuglingsstation der Kinderklinik in Wien (12 Betten). Birk (Kiel).

Hartshorn. *The St. John's Guild of New York City.* (Arch. of Ped., Februar 1914.)

Eine Beschreibung der schwimmenden Hospitäler und des Seesanatoriums der St.-Johns-Guild-Gesellschaft, die seit etwa 40 Jahren besteht. In neuerer Zeit ist das Seesanatorium das ganze Jahr geöffnet. Detaillierte Auskunft über die Behandlungsmethoden.

Wachenheim (New York).

Schule.

Van der Meer. *Das Vorkommen von an Sprachfehlern Leidenden unter den Schulkindern.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1913, Bd. II, S. 523.)

Die Untersuchung wurde an den Schulkindern der Realschule und des Gymnasiums in Amsterdam vorgenommen und zugleich auf einen eventuellen Zusammenhang mit Linkshändigkeit wurde Rücksicht genommen. Es ergab sich folgendes:

1. Die Zahl der Stotterer ist am höchsten in den Pubertätsjahren (1·96%), später geringer (1·59 bis 1·36%).

2. Ebenso wie sich aus einer diesbezüglichen Untersuchung auf den Volksschulen schon gezeigt hatte, ist auch hier das Stottern bei Knaben 4mal so häufig als bei Mädchen.

3. Linkshändigkeit ist von ungünstigem Einflusse auf die Zahl der Stotterer.

4. Von den Stotterern ist mehr als der vierte Teil linkshändig.

5. Unter den Linkshändigen ist die Zahl der Stotterer 4mal so groß als unter den Rechtshändigen. Graanboom.

Max Böhm. *Über die für die Berliner Gemeindeschulkinder geplante orthopädische Fürsorge.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 747.)

Von der Berliner Schuldeputation wurde vor etwa Jahresfrist der Vorstand der Berliner Orthopädischen Gesellschaft gebeten, ihr bei der Regelung der orthopädischen Fürsorge in Berlin beratend zur Seite zu stehen. Um eine Grundlage für diese Arbeit zu schaffen, veranstaltete der Vorstand eine statistische Erhebung über die Verbreitung der Rückgratsverkrümmungen in den Gemeindeschulen Berlins, und zwar wurden 10.000 Schüler beiderlei Geschlechtes untersucht. Die Ergebnisse werden in Tabellenform mitgeteilt und daran die Vorschläge für den Ausbau der orthopädischen Fürsorge angeschlossen. Insbesondere wird erörtert, welche speziellen Aufgaben dem Turnlehrer, dem Schularzt und dem Orthopäden zufallen und wie sie sich gegenseitig unterstützen können. Keller (Berlin).

Berichte.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Sitzung vom 23. Januar 1914.

Herr Uffenheimer erstattet den Jahresbericht. Es fanden statt: 10 Sitzungen (im Vorjahre 10), einmal war die Gesellschaft ins Prinzessin-Arnulf-Haus eingeladen. 12 Vorträge wurden gehalten (12), die Zahl der Demonstrationen hat sich von 18 auf 55 vermehrt. Weiter wurden 2 kürzere Mitteilungen erstattet (2) und eine Aussprache (über Klima usw.) fand statt. Die Zahl der Mitglieder ist auf 53 gestiegen (49).

Herr Adam erstattet den Kassenbericht. Decharge.

Festsetzung des Jahresbeitrages (5 M).

Statutenberatung.

Vorstandswahl für 1914.

I. Vorsitzender:	**Hofrat Meier.**
II. Vorsitzender:	**Hofrat Reinach.**
Schriftführer:	**Dr. Uffenheimer.**
Kassier:	**Dr. Adam.**

1. **Breuning** (a. G.): *„Über Paratyphus bei Kindern in München."*

Systematische Untersuchungen über Paratyphus B als Ursache durchfälliger Erkrankungen im Säuglings- und frühen Kindesalter

fehlen fast vollkommen. An der Kinderpoliklinik in München wurden vom Juni bis Dezember 1913 117 Patienten in dieser Richtung untersucht; es konnte 11mal Paratyphus B festgestellt werden (= 9·5% der Untersuchten, 3·4% der Enteritis-Erkrankten überhaupt). Die Diagnose Erkrankung an Paratyphus B wird erst durch die positive Agglutination gesichert; dies gelang 7mal, 2 Fälle wurden auf andere Weise als einwandfreie Erkrankungen an Paratyphus B erwiesen.

Von den beobachteten Fällen waren 3 unter 1 Jahr, 3 im zweiten Lebensjahr, 1 2 Jahre 3 Monate, 4 9 bis 13 Jahre alt; die älteren Kinder betraf eine Gruppenerkrankung von 3 Geschwistern, von denen 2 ein choleraähnliches Krankheitsbild boten. Der vierte Fall beim älteren Kind war eine typische Wurstvergiftung.

Die jüngeren Kinder zeigten ein ziemlich übereinstimmendes Krankheitsbild: akute Magendarmstörungen mit Brechen, Durchfällen, hohem Fieber, hohem Puls, Benommenheit, Unruhe; Stühle zahlreich, schleimhaltig, hie und da Blutstreifen, stark fäkulent. Rasche Besserung: zuerst Abfall der Temperatur, dann Aufhören des Erbrechens. Frequenter Puls und zahlreiche Stühle bleiben am längsten.

2 Fälle sind besonders bemerkenswert: ein 6 Monate alter Säugling erkrankte septisch; metastatische Eiterung im rechten Schultergelenk, im Eiter Reinkultur von Paratyphus B-Bazillen. Genesung. Ein zweiter Fall ($1^1/_4$ Jahre) kam unter meningitischen Symptomen am dritten Tage nach einer Exazerbation zum Exitus. Sektion: Diffuse Hyperämie des unteren Ileums und Dickdarmes, toxische Blutungen in Perikard, Leberkapsel, Nierenbecken, Mund- und Darmschleimhaut, lymphatischer Apparat des Darmes nur ganz gering beteiligt; Milztumor, Parenchymdegeneration in Leber und Niere.

Frage der Häufigkeit der typhösen und gastroenteritischen Form der Paratyphuserkrankung im frühen Kindesalter, Verlauf der typhösen Form.

Die Agglutinationsresultate waren sehr günstige; in einem Falle agglutinierte das Blut noch nach 90 Tagen 1 : 100.

Als Ätiologie bei den jüngsten Kindern kommen Kontaktinfektion durch Erwachsene und Aufnahme der Bakterien durch die Milch in Frage. Die Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit der Infektion durch Milch wird näher erörtert.

Praktisches Ergebnis: Man sollte bei akuten Gastroenteritiden der Säuglinge häufiger bakteriologische Untersuchungen anstellen, damit der Anteil bakterieller und alimentärer Ursachen dieser Erkrankungen besser erkannt wird.

Diskussion: Ibrahim: Haben die Paratyphusbazillenträger auch agglutiniert? Es erscheint auffallend, daß gerade bei Kindern, die sonst für Darminfektionen besonders empfindlich sind, der Paratyphus häufiger gefunden wird, ohne Krankheitserscheinungen zu verursachen. Vielleicht handelt es sich hier doch um Bazillen, die mit ungenügend gekochter Milch eingeführt wurden, die durch die Hitze nicht abgetötet, aber doch in ihrer Pathogenität beeinträchtigt wurden.

Rimpau gibt einen kurzen geschichtlichen Rückblick auf die Entwicklung der Paratyphusfrage. Er hat den Eindruck, daß Kontaktinfektionen auch beim Kinde und Säuglinge das wahrscheinlichste sind.

Breuning: Die Agglutination bei gesunden Paratyphusbazillenträgern war in den veröffentlichten Fällen negativ. Ja, Rimpau und Conradi haben Fälle beschrieben, wo bei Gesunden Paratyphusbazillen nur im Blut festgestellt werden konnten; auch hier die Agglutination negativ. Positive Agglutination scheint daher sicher für Erkrankung an Paratyphus zu sprechen. Anamnestisch

und bakteriologisch ließ sich bei allen beobachteten Fällen nie Positives für Darmerkrankungen in der erwachsenen Umgebung der beobachteten Kinder und Säuglinge nachweisen. Die Möglichkeit der Injektionen durch Milch ist daher immerhin wahrscheinlich.

2. **Gilbert:** *„Über Gliome und Pseudogliome des kindlichen Auges."*

Nach einigen zusammenfassenden klinischen Vorbemerkungen werden die pathologisch-anatomischen Verhältnisse an der Hand zahlreicher Präparate und Diapositive erläutert. Aus welcher Netzhautschicht das Gliom gewöhnlich entsteht, ist noch unbestimmt, keineswegs aber nimmt es seinen Ausgangspunkt vom Pigmentepithel, wie das Deutschmann annimmt. Über den Aufbau der Geschwulst besitzen wir noch nicht völlig geklärte Anschauungen. Der von Greef zuerst geführte Nachweis von Spinnenzellen gilt als wesentliche Stütze der Ansicht, daß diese Geschwulstform wirklich ein Gliom darstelle. Indessen kann dieser Befund nicht als ganz sichergestellt gelten und wir fassen besser ganz allgemein nur die Geschwulstzellen als Abkömmlinge der Bildungszellen der Netzhaut auf. Häufig trifft man in Gliomen dicht gedrängte, rosettenartig angeordnete Geschwulstzellen, an denen einige Beobachter kleine Fortsätze sahen, die sie für rudimentäre Stäbchen und Zapfen hielten. Hierauf gründet sich die nicht allgemein angenommene Bezeichnung der Geschwulst als Neuroepithelioma retinae. Seefelder hat zuerst in sonst normalen Augen von Neugeborenen und ganz jugendlichen Individuen Anomalien der Netzhaut, z. B. umschriebene Wucherungen der Körnerschichten in der Gegend der Ora serrata beobachtet und mit Reserve der Vermutung Ausdruck gegeben, daß es sich bei diesen Anomalien um ruhende Gliome, gewissermaßen kleinste Urgliome, handle. Für diese Anschauung läßt sich ins Feld führen, daß solche Anomalien noch niemals im Auge des Erwachsenen gesehen worden sind, und man kann kaum annehmen, daß so weit gehende Strukturveränderungen im späteren Leben noch sich ausgleichen sollten.

In etwa 20 bis 25% aller Fälle ergibt nun die Sektion des Auges Fehldiagnosen, d. h. es fanden sich bei der makroskopischen und mikroskopischen Untersuchung statt des erwarteten Tumors ganz andere Veränderungen, und zwar vor allem metastatische Uveitis. Da Gliome nach dem fünften Lebensjahr schon ziemlich selten sind, ist also zur Vermeidung von Fehldiagnosen und zur Verhütung unnötiger Enukleation sorgfältigst nach etwa vorausgegangenen fieberhaften Erkrankungen zu forschen.

In neuester Zeit sind nun auch Fälle bekannt geworden, bei denen das ophthalmoskopische Bild des Glioms durch angeborene Fehler, wie Persistenz der Tunica vasculosa lentis oder durch eine ätiologisch noch ganz unklare seltene Netzhauterkrankung bedingt war, die wegen ihrer Neigung zur Bildung bindegewebiger Schwarten als Retinitis exsudativa bezeichnet wird.

Meller endlich blieb es vorbehalten, auf Beziehungen hinzuweisen, die zwischen einer seltenen Netzhauterkrankung, der „Angiomatose", und gewissen Fällen von Gliom bestehen. Bei dieser von E. von Hippel zuerst eingehender beschriebenen Netzhauterkrankung sieht man neben ausgedehnten weißen Flächen rote kuglige Gebilde, die als Angiomknoten zuerst aufgefaßt wurden. Die gleichen Gebilde sind aber auch schon einige Male in Augen ophthalmoskopisch festgestellt worden, die, wie die anatomische Untersuchung ergab, ein echtes Gliom enthielten. Diese seltene Netzhauterkrankung wird daher von Meller heute als diffuse Gliose der Retina aufgefaßt.

Diskussion: Dürck demonstriert mehrere Fälle von sogenanntem Pseudogliom der Retina bei Kindern und weist darauf

hin, was namentlich an den Präparaten des einen Falles (12jähriges Mädchen) sehr schön zu sehen ist, daß die durch Mißbildung des Auges — Arteria hyaloidea persistens usw. — abgedrängte und an der Hinterfläche der Linsenkapsel verwachsene Retina unter Umständen sehr ausgedehnte selbständige geschwulstmäßige Wucherungen, ein sogenanntes „Neuroepitheliom" produzieren kann. Die Zellen proliferieren stark und legen sich zu kugelförmigen und schleifenförmigen Verbänden in geschlossenen Reihen hochzylindrischer Epithelien zusammen. Serienschnitte zeigen, daß es sich tatsächlich um in sich geschlossene Verbände handelt. Es ist nun von hohem Interesse, daß solche Neuroepitheliome durch das ganze Zentralnervensystem hindurch vom Bulbus oculi durch das Gehirn und Rückenmark bis zu den sogenannten kaudalen Rückenmarksresten, den „Vestiges coccygiens" von Tourneux und Hermann ganz in der gleichen Weise vorkommen können. Erst kürzlich wurde von Prym ein haselnußgroßer Sakraltumor vom Bau eines reinen Neuroepithelioms bei einem 5jährigen Mädchen beschrieben.

Es ist damit die nahe Beziehung zwischen Mißbildung und Geschwulstbildung aufs neue bewiesen, aber auch die Tatsache, daß der Unterschied zwischen den sogenannten Gliomen und den sogenannten Pseudogliomen der Retina durchaus kein fundamentaler ist.

Gilbert (Schlußwort): In den Ausführungen des Prof. Dürck sehe ich eine wertvolle Stütze für die noch umstrittene Annahme, daß wir in den geschilderten Netzhautanomalien gewissermaßen die Urformen von Gliomen vor uns haben. Allerdings scheinen mir die gezeigten rosettenartigen Gebilde mehr den vor allem in mikrophthalmischen Augen beobachteten Faltenbildungen der Netzhaut als den echten Rosetten des Netzhautglioms zu entsprechen.

Sitzung vom 27. Februar 1914.

1. **Fromm:** *„Demonstration eines zirka 9jährigen Knaben mit Myxidiotie."*

Der Knabe wurde erstmalig im Dezember 1906 und dann wieder, wesentlich gebessert, im Mai 1907 der Gesellschaft vorgestellt. Körperlich hat sich das Kind seither recht befriedigend entwickelt, sein geistiges Niveau entspricht dem eines 2jährigen.

2. **Börger** *demonstriert einen 9jährigen Knaben mit Arachnodaktylie.*

Vater Potator, leidet an Diabetes mellitus, Mutter und Geschwister gesund. Keine gleichartigen Erkrankungen in der Familie. Patient wurde rechtzeitig geboren. Der Hebeamme fiel die abnorme Länge des Neugeborenen auf, namentlich der Hände und Füße. Ernährung mit Milchschleimgemischen. Als Säugling war Patient immer schwach und mager, litt an Brechdurchfall. Die Augen waren „hohl". Frühzeitig fiel Kurzsichtigkeit auf. Die Schuhe des Kindes mußten immer um mehrere Nummern größer als bei Gleichaltrigen sein. Von Kinderkrankheiten wurden Schafblattern durchgemacht. Bei dem anderer Erkrankung wegen zugeführten Knaben fallen Hände und Füße wegen ihrer abnormen Schmalheit und Länge auf, besonders die Mittelhand- und Mittelfußknochen, die Finger und Zehen. Die Körperlänge ist 12 cm über Durchschnittsmaß des betreffenden Alters. Das Fettpolster fast völlig fehlend; die Muskulatur atrophisch, aber leidlich funktionstüchtig. Die Röhrenknochen lang und grazil. Der Calcaneus springt spornartig vor. Die Wirbelsäule zeigt sowohl im Thoracal- wie Lendenbereich Verkrümmungen. Grotesk wirkt die Überstreck- und Überbeugbarkeit der Hände und Füße. Der Thorax

zeigt ausgesprochen paralytischen Habitus, doch sind keine Zeichen von Tuberkulose an dem nicht belasteten Knaben zu finden. Pirquet: 0.

Die Augen liegen auffallend tief in den großen Orbitalhöhlen; Bulbus r > l, Lidspalte r > l. Beiderseits ausgesprochene Iridodonesis und Subluxation der Linse. L. stecknadelkopfgroße, weißliche Trübung der vorderen Linsenkapsel; persistierende Pupillarmembran. Beiderseits hochgradige Myopie (r — 20, l — 16 *D*) und Conus myopicus; sonst Hintergrund normal. Alle Augenbefunde sehr wahrscheinlich kongenital nach fachmännischem Urteil. Die „Spitzen" des Gesichtes nur wenig prominierend. Ohrmuscheln groß, Anthelix und Crus helicis stark ausgeprägt, großer Antitragus. Über dem wenig nach links verbreiterten Herzen systolisches Geräusch an Basis und Spitze. Genitale klein, namentlich Testikel. Die psychische Entwicklung und Schulleistungen sind gut. Dieser Fall zeigt das gleiche Bild wie der von Prof. v. Pfaundler an dieser Stelle demonstrierte; es scheint sich also um ein umschriebenes Krankheitsbild zu handeln, das von französichen Autoren und neuerdings von Thomas (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914) beschrieben wurde. Letzterer fand dazu Schwimmhautbildung an Zehen. Bei dem v. Pfaundlerschen Falle konnte ein pathologischer Befund an Drüsen mit innerer Sekretion anatomisch-histologisch nicht festgestellt (Prof. Schmincke) und somit ein Beweis für die Annahme einer Funktionsstörung endokriner Drüsen nicht erbracht werden

Diskussion: v. Pfaundler.

3. **Oberndorfer:** *„Pathologisch-anatomische Demonstrationen."*

1. Präparat der Lunge eines an *Bronchotetanie* gestorbenen Säuglings.

Hierzu gibt Ibrahim die Krankengeschichte.

Diskussion: v. Pfaundler, Oberndorfer.

Ranke: Das geschilderte klinische Bild und die zugehörige anatomische Demonstration sind zweifellos von größtem Interesse. Zu der von Prof. v. Pfaundler gestellten Frage möchte ich bemerken, daß die Ausbreitung der Atelektasen sich sicher nicht durch einen isolierten Krampf bestimmter Bronchialäste erklären läßt. Sie erweist sich dagegen aufs deutlichste von einem andern Faktor abhängig, der uns ja auch sonst für derartige Lokalisationen in der Lunge geläufig ist. Emphysematisch gebläht sind allgemein gesprochen die vorderen oberen, durch die Rippenatmung ventilierten Lungenpartien, mit Atelektasen durchsetzt sind die hinteren unteren, hauptsächlich die paravertebralen, also die durch die Aktion des Zwerchfells gelüfteten Lungenteile. Ich möchte besonders hervorheben, daß dieser Befund auch bei anderen Erkrankungen der gewöhnliche ist und daß wir daraus keinen zwingenden Grund ableiten dürfen für die Annahme, daß nur die atelektatischen Partien von dem Bronchotetanus hätten befallen sein müssen. Es ist bekannt, daß auch das Emphysem beim Asthmaanfall häufig durch einen ganz ähnlichen Bronchialkrampf, immer durch eine Verengerung des Bronchiallumens entsteht. Es ist nur eine Frage des Grades dieser Verengerung und der Dissonanz zwischen exspiratorischer und inspiratorischer Luftmenge, ob Emphysem oder Atelektase sich entwickle. Im vorliegenden Falle dürfen wir also folgern, daß hier wohl die kräftige willkürliche Aktion der Brustatmung genügt hat, Emphysem zu erzeugen, d. h. also beim Inspirieren die Widerstände zu überwinden, nicht aber diejenige des Zwerchfells. Ich möchte deshalb anfragen, ob über den Atemtypus, insbesondere die Zwerchfellaktion intra vitam, etwas Besonderes beobachtet worden ist. Es wäre auch sehr interessant, zu hören, wie die Differentialdiagnose zwischen Asthma und Bronchotetanus zu stellen ist.

Breuning teilt mit, daß er vor etwa $1^1/_2$ Moanten ein $1^1/_2$jähriges Kind seziert hat, das ganz unerwartet an krampfartigen Suffokationsanfällen gestorben ist und bei dem sich neben einer geringen Pneumonie ausgedehnte Atelektasen und vor allem ein ganz ungewöhnlich hochgradiges Emphysem fanden. Er glaubt, den Fall auch der Bronchotetanie zuzählen zu dürfen.

2. *„Demonstration von Magen und Lungen eines Falles hämorrhagischer Varizellen."*

Schleimhaut des Magens ist von diffusen Blutungen durchsetzt, ebenso die subpleuralen Partien der Lungen.

Diskussion: Ibrahim, v. Pfaundler, Oberndorfer.

3. Demonstration von *„Endocarditis verrucosa Mitralis und Tricuspidalis mit eigentümlichen Nierenerkrankungen bei einem 7jährigen, an Rheumatismus leidenden Jungen.*

Die beiden Nieren zeigten ihre Oberfläche übersät von konfluierenden, kleinsten grauen Herden, die stellenweise hämorrhagischen Saum hatten und so größte Ähnlichkeit mit embolischen Rindenabszessen boten. Die mikroskopische Untersuchung hingegen zeigte, daß multiple kleinste Rindenfarkte vorlagen, die nur die äußersten Rindenpartien betreffen, während die inneren Rindenteile vollständig normal waren. Die Erkrankung kann nur Folge einer totalen Embolie der Ausläufer der Arteriae interlobulares beider Nieren sein, die größeren Nierengefäße waren frei von thrombotischen Einlagerungen.

Diskussion: Trumpp: Das von Oberndorfer erwähnte 7 Jahre alte Kind aus der orthopädischen Klinik litt an schwerster Arthritis deformans, an Endo- und Myokarditis. Bei diesem anscheinend hoffnungslosen Falle wurde auch ein Versuch mit dem Parke-Davisschen Phylakogen rheum. angestellt. Subkutane Injektionen — jeden zweiten Tag — beginnend mit 0·2 cm^3, ganz allmählich ansteigend bis zu 1 cm^3. Ephemere Fieberreaktionen (38 bis 38·5 und 39 Grad) traten erst von 0·4 cm^3 an ein. Nach 10 Injektionen erschienen die Gelenke weniger geschwollen und konnten aktiv und passiv schmerzfreie Bewegungen ausgeführt werden, während vor der Behandlung jeder Versuch einer Bewegung heftige Schmerzen auslöste. Auch das Allgemeinbefinden schien gebessert und befand sich der Patient außer der Zeit der Fieberreaktionen in heiterer Stimmung. Er erhielt allerdings nebenbei schon seit längerer Zeit 3mal täglich 5 Tropfen Digalen. Das Bild änderte sich mit einem Schlage, als ein zweites Fläschchen Phylakogen in Angriff genommen wurde. Schon nach der ersten Injektion, zu welcher aus Vorsicht statt 1 cm^3 nur wieder 0·5 cm^3 verwendet wurden, stieg die Temperatur auf über 40 Grad und sank nur langsam ab und nach der zweiten Injektion entwickelte sich das schwerste Bild einer Sepsis, welcher der Patient zuletzt unter urämischen Erscheinungen erlag. Wir konnten uns des Eindruckes nicht erwehren, dem Patienten mit dem Inhalt des zweiten Fläschchens eine Noxe einverleibt zu haben, der seine geringe Herzkraft nicht gewachsen war. Die bakteriologische Untersuchung des Fläschcheninhaltes ergab völlige Keimfreiheit des Mittels, die Erklärung des Falles steht demnach noch aus.

Ibrahim, Oberndorfer und Breuning.

4. Der Vortragende bespricht dann die primären, nicht durch Klappen- oder Herzfehler oder Nierenerkrankungen bedingten *Herzhypertrophien im frühen Kindesalter* unter Demonstrationen einer Reihe von Präparaten.

Er unterscheidet 3 Formen:

a) die rein idiopathischen Herzhypertrophien das heißt die, bei denen weder die makroskopische noch mikroskopische Untersuchnug eine Aufklärung über die Ursachen der Hypertrophie ergeben; die hierbei beobachtete Herzvergrößerung, die manchmal exorbitant ist, läßt u. a. Herzgewichte von 40 g beim Neugeborenen, 108 g beim 9 Monate und 120 g beim 13 Monate alten Kinde sehen. Sämtliche Kinder waren in gutem Ernährungszustande, der Tod trat bei allen plötzlich ein. In 2 Fällen waren Krämpfe dem Tode vorausgegangen. Über die Ursache dieser idiopathischen Herzhypertrophien ist man noch ganz im unklaren, nachweisbarer Status thymico-lymphaticus, auch Hypertrophien des chromaffinen Apparates fehlten.

b) Als zweite Gruppe sind zu erwähnen die nicht seltenen Hypertrophien auf myokarditischer Basis. Auch hier wurden exorbitante Gewichte beobachtet, z. B. ein Gewicht von 108 g bei einem 7 Monate alten Mädchen. Mikroskopisch fand sich hier eine an Intensität wachsende Rundzelldurchsetzung des Myokards. Anamnestisch war in einem Fall mehrere Wochen vorher ein leichter Keuchhusten vorangegangen, im andern Falle 14 Tage vorher eine leichte Halsentzündung. Beide Kinder starben plötzlich, ohne daß irgend welche, auf das Herz deutende Symptome vorangegangen wären. Die Fälle unterscheiden sich von denen Erwachsener dadurch, daß bei Erwachsenen bei Myokarditis Herzhypertrophien kaum beobachtet werden; sie deuten auf eine erhöhte Kompensationsmöglichkeit des kindlichen Herzens hin.

c) Als dritte Gruppe unterscheidet der Vortragende die Herzhypertrophien, die mit Thymusvergrößerungen kombiniert sind. Als Thymusvergrößerungen dürfen nur Gewichte angesehen werden, die die normaler Thymusgewichte plötzlich gestorbener, sonst gesunder Kinder überschreiten. Es ist allerdings fraglich, ob diese Gruppe von Herzhypertrophie nicht besser der idiopathischen zugezählt werden soll, da die Thymusgewichte nicht exorbitante sind, die Wirkung der vergrößerten Thymus mit der bei diesen Fällen beobachteten besonderen Beteiligung des linken Ventrikels an der Hypertrophie nicht ganz in Einklang gebracht werden kann. Jedenfalls hat der Vortragende nach seinem verhältnismäßig kleinen Kindersektionsmaterial den Eindruck, daß Hypertrophien im frühen Kindesalter sehr häufig sein müssen, dabei klinische Erscheinungen verschwindend selten, fast nie machen. Da diese Fälle in ihrer Ätiologie dunkel sind, die Sektion eine Aufklärung nicht gibt, wären eingehende klinische Beobachtungen des einzelnen Falles für die Klärung von größter Wichtigkeit.

Diskussion: v. Pfaundler, Ibrahim, Oberndorfer.

Breuning fragt an, ob sich bei den Herzen mit Hypertrophie auf myokardischer Grundlage auch die rheumatische Knötchenform der Myokarditis (Aschoff) gefunden hat, was Oberndorfer verneint.

5. Der Vortragende bespricht schließlich noch den sogenannten *Thymustod*, ebenfalls unter Demonstration einschlägiger Präparate, wobei er vor allem die Gefahr der Überschätzung normaler Thymengrößen bei plötzlichen Todesfällen betont. Klinisch und am Sektionstisch spricht manches bei Fällen von sogenannten Thymustod für die mechanische Wirkung der vergrößerten Thymus auf ihre Umgebung, wobei zu bedenken ist, daß eine starke hyperämische Thymus ein noch weit größeres Volumen als die Leichenthymus einnehmen kann. In einem Fall, den der Vortragende beobachtet hatte, war eine Thrombose der Vena anonyma nur durch Druck von seiten der vergrößerten Thymus zu erklären. Histologisch ist das Bild der Thymen

ein wechselndes. Man findet in annähernd normalen Thymen ausgedehnten Zerfall der Hassalschen Körperchen mit leukozytären Umwandlungen, dann umgekehrt in manchen Fällen von wirklicher Thymushypertrophie Reticulum, Hassalsche Körperchen und sonstiges Parenchym ohne jede nennenswerte Veränderung, auch andere Veränderungen kommen vor, die der Vortragende berührt, aber auch ohne Spezifizität. Auffallend ist in den meisten Fällen von Thymustod ein Mangel eosinophiler Zellen in den Thymen, vielleicht ist dies der morphologische Ausdruck der gestörten inneren Sekretion der Thymus. Es wird wohl mit Recht angenommen, daß die eosinophilen Zellen von besonderen Thymusstoffen angelockt werden, vielleicht auch mit dem Transport des vagotonisierenden Thymussekretes betraut sind. Auffallend war ferner in einigen Fällen ein starker Untergang eosinophiler Zellen in der hypertrophischen Thymus (Kernverlust, Zerfall), eine Beobachtung, die bei normalen Thymen nicht gemacht wurde.

Sitzung vom 27. März 1914.

1. **Breuning:** *„Bronchotetanie."*

Demonstration des Präparates von dem in der Diskussion zur Bronchotetanie am 27. Februar erwähnten Falle. Bemerkenswert war daran: in der Anamnese Zahnkrämpfe; im Befund und Verlauf ganz geringfügige katarrhalische Erscheinungen, kein Fieber, Anfälle von Atemnot, plötzlicher, unerwarteter Exitus in einem solchen. Im Obduktionsbefund (Präparat): geringfügige Pneumonie des rechten Unterlappens, Atelektase ausgedehnter Partien des 1. Unterlappens sowie des rechten Oberlappens, ungewöhnlich hochgradiges alveoläres und interstitielles Emphysem der übrigen Lungenpartien. Obwohl der Fall nicht rein ist (mit Pneumonie und Bronchitis kombiniert), glaubt ihn Vortragender wegen der angeführten Besonderheiten zur Bronchotetanie zählen zu dürfen.

2. **Goebel:** *„Über einen Fall von Meningitis cerebrospinalis purulenta bei einem jungen Säugling verursacht durch Bact. proteus und über Bact. proteus als Krankheitserreger."*

Bericht über einen im Herbst 1913 im Gisela-Kinderspital beobachteten Fall von eitriger Zerebrospinalmeningitis, bei der aus dem Lumbal- und Ventrikelpunktat als einziger Erreger ein Proteus gezüchtet werden konnte. Die Krankheit war schon am 9. Lebenstag auf voller Höhe, Exitus nach 17 Tagen. Fieberloser Verlauf mit Neigung zu Untertemperaturen. Agglutination bei 1 : 60 mit dem pathogenen Stamm, nicht mit einem andern Stamm. Keine Fadenreaktion. Im Ventrikel- und Lumbalpunktat reichlich Endothelien (von Mandelbaum bei tuberkulöser Meningitis des Erwachsenen post mortem beschrieben), mit reichlich phagozytierten Proteusbazillen. Lumbalpunktat enthält gelösten veränderten Blutfarbstoff, Ventrikelpunktat nicht; Spezifisches Gewicht des Lumbalpunktats 1018 gegen 1008 des Ventrikelpunktats. Intra vitam wächst aus dem Blut reichlich Proteus. Genese unbekannt; keine Otitis, keine Rhinitis. Sektion ohne Besonderheit.

Anschließend zusammenfassender Bericht über die Proteusliteratur.

Diskussion: Uffenheimer, Ibrahim, v. Pfaundler.

3. **Goett:** *„Psychotherapie in der Pädiatrie."*

Kritische Übersicht über die in der Pädiatrie zur Anwendung kommenden psychotherapeutischen Methoden, angefangen von den relativ einfachen Verfahren des Milieuwechsels, der Iso-

lierung, der Beschäftigungstherapie. Weiter die durch Suggestion wirkenden Methoden, von denen die sogenannte „Überrumpelungstherapie" am wenigsten zu empfehlen ist, während die hypnotische Beeinflussung speziell der Enuresis häufiger versucht werden sollte. Zu den mühevollen Verfahren, die das Übel mehr an der Wurzel treffen wollen und zu dem Zweck tieferes Eindringen in die Individualität des Kindes erfordern, gehört die etwas zu einseitige Duboissche Persuasionsmethode, vor allem aber die eine Art Erziehung darstellende gleichmäßige Beeinflussung der affektiven, intellektuellen und volitionalen Seite des Kindes. Über den Wert der psychoanalytischen Verfahren für die Behandlung neurotischer Kinder läßt sich Definitives noch kaum sagen; sie befinden sich — abgesehen vielleicht von Franks Psychokatharsis — wohl noch zu sehr in statu nascendi, als daß man ihre allgemeine Verwendung bei Kindern befürworten könnte.

Diskussion: Allers: Die vom Vortragenden abgelehnte „Verdrängung" der Freud schen Lehre dürfte doch vielleicht zu Recht bestehen, wie das die Erfahrungen der Psychiatrie, insbesondere an Gefängnispsychosen, zeigen. Zu Jungs Lehren ist zu bemerken, daß sie ihm nicht den Fortschritt darzustellen scheinen, wie Vortragender es annimmt. Die Psychoanalyse bedeutet wohl gerade bei psychopathischen Kindern eine Gefahr durch die Hinlenkung auf die intensive Beschäftigung mit dem eigenen Ich.

v. Pfaundler.

Nadolecny: Fälle von echtem im späteren Kindesalter auftretendem psychogenen Stottern (Stottern bei Hysterischen) heilen erfahrungsgemäß leicht und rasch unter dem Einfluß einer vorsichtigen Psychotherapie oder schon unter der Einwirkung des Milieuwechsels (Klinik), wie es in dem schönen Fall des Vortragenden sich ebenfalls zutrug. Ich glaube mich einig mit dem Vortragenden, wenn ich annehme, daß hier die Psychoanalyse mehr unserer Erkenntnis als der Therapie diente. In anderen Fällen von Stottern mit Schreckwirkungen in der Anamnese — in welcher Kindesanamnese oder -analyse findet sich der Schreck nicht? — hat die psychoanalytische Methode nicht mehr geleistet als jede andere Beschäftigung mit dem Patienten: sie besserte das Leiden, das so leicht zu bessern, so schwer zu heilen ist. Einen Gesichtspunkt möchte ich ferner aus dem Vortrag ableiten: In den angeführten Fällen des Kindes, das im Lichtstrahl ein Gespenst fürchtet, und jenes, das zu essen sich weigert, ist nicht nur die Sachlage verschieden, sondern auch die Persuasion wendet sich an verschiedene Seiten des Seelenlebens. Dem Kinde zu bekräftigen, der Lichtstrahl sei kein Gespenst, was es schon weiß, macht ihm wenig Effekt. Ein wissenschaftlicher Vortrag über Ernährung wendet sich aber an einen der größten Triebe im kindlichen Seelenleben, an den Forschungs- und Wissensdurst des ewig fragenden Kindes. Hier ist für das Kind ein Moment gegeben, seelisch mitzugehen, es wird in die Sphäre der Erwachsenen gehoben, ein neues Ziel ist seinen natürlichen Interessen gesteckt, seinem Willensleben, nicht nur dem Vorstellen ist eine neue Bahn eröffnet, daher der Erfolg. Dort, glaube ich, darf jede Psychotherapie am ehesten auf Erfolg hoffen, wo sie sich an eine Seite des Seelenlebens wendet, die fähig ist mitzuschwingen, wo sich der Interessensphäre Neues und Anregendes bietet, das zu einer aktiven Beteiligung der kindlichen Psyche Anlaß gibt, also gerade dort, wo sie sich nicht allein an den Intellekt wendet. Hierin mag auch oft die Erklärung der bisweilen paradoxen Wirkung des Milieuwechsels liegen.

Uffenheimer berichtet über einige Erfahrungen aus der Praxis der Psychotherapie. Wo ein Milieuwechsel indiziert ist, ist es vielfach wichtig, das Kind nicht in eine Klinik oder ein Sanatorium aufzunehmen. Bei derartigen Kindern leistet der Aufenthalt in einer

gesunden Familie meistens Außerordentliches. Als solche hat Uffenheimer die Familien von Lehrern und ganz besonders von Hilfsschullehrern benutzt, in denen naturgemäß heilpädagogische Vorschriften verständnisvolle Ausführung finden. Die Auswahl der Beschäftigung für ein Kind sei Sache des Heilpädagogen und nicht des Arztes, so hat der Vortragende gesagt; mit diesem Satze ist Uffenheimer durchaus nicht einverstanden. Nach seiner Meinung soll der Kinderarzt so weit mit der Heilpädagogik vertraut sein, daß er auch über diesen Punkt selbständige Vorschriften machen kann. Auch die Sprechstunde des Arztes bietet für eine Reihe von Fällen schon einen genügenden Milieuwechsel. Uffenheimer erzählt von Beobachtungen, in denen die Kinder alle paar Wochen oder Monate wieder in der Sprechstunde mit neuen Symptomen erscheinen, die durch eine kräftige Verbalsuggestion oder gelegentlich eine elektrische Behandlung dann rasch beseitigt werden. Im Gegensatz zu den Mißerfolgen der Klinik bei Anwendung des elektrischen Stromes gegenüber der Enuresis nocturna hat Uffenheimer in der Sprechstundenpraxis ausgezeichnete Erfahrungen. Einerseits bleibt bei der klinischen Behandlung die Therapie vielfach deshalb ohne Erfolg, weil die Kinder gern im Krankenhause bleiben wollen, — was natürlich bei ambulatorischer Behandlung wegfällt — anderseits verwendet Uffenheimer regelmäßig nicht den sonst üblichen faradischen, sondern den galvanischen Strom, den er stets genau dosiert und bei dem er es fast nie zu Stromstärken kommen läßt, die 10 Milliampère überschreiten. Bei konsequenter Durchführung, bei genügender Unterstützung durch Verbalsuggestion ist die Heilung durchschnittlich in ein paar Wochen (bei den verschiedenartigst gelagerten Fällen) gesichert. Von großer Wichtigkeit ist es, bei der heilpädagogischen Behandlung den Kindern stets mit der größten Aufrichtigkeit gegenüberzutreten. Wenn es bei solchen Patienten notwendig ist, eine kleine Operation (Adenotomie, Tonsillotomie) vorzunehmen, so soll man stets eine kurze Schilderung dieses Eingriffes vorher geben. Uffenheimer sah wiederholt, daß schwer erziehbare Kinder, die immer nur mit größtem Widerstreben zu ihm gekommen wraen, nach der Durchführung eines solchen Eingriffes gut Freund mit ihm wurden. In einer Reihe von schweren Fällen genügt es nicht, sich auf eine der von Gött gemachten Methoden zu verlassen, man muß vielmehr vielfach kombinieren, eventuell nebeneinander alle oder fast alle dieser Methoden verwenden. So erinnert sich Uffenheimer eines schweren Falles von Tic, der von einer Reihe von Autoritäten als aussichtslos bezeichnet war und der durch eine über Jahr und Tag sich erstreckende sehr intensive kombinierte Behandlung vollkommen geheilt wurde.

Gött (Schlußwort). Albert Uffenheimer (München).

Besprechungen.

August v. Reuss. *Die Krankheiten der Neugeborenen.* Mit 90 Abb. im Text. (Verlag von Julius Springer, Berlin, 1914, Preis: M. 22.—.)

Als einer der ersten Bände der von Langstein, v. Noorden, v. Pirquet und Schittenhelm herausgegebenen Enzyklopädie der klinischen Medizin wird vom Springerschen Verlage das vorliegende Werk herausgebracht. Für seine persönlichen Beobachtungen stand

dem Verf. die Neugeborenenstation der ersten Universitätsfrauenklinik in Wien sowie das Material der dritten geburtshilflichen Klinik und der Universitätskinderklinik zur Verfügung. Die Krankheiten des Neugeborenen werden in der Weise geschildert, daß zuerst die Physiologie und Ernährung, sodann das frühgeborene Kind und die Bedeutung der Diathesen und Konstitutionskrankheiten abgehandelt werden; dann folgen Geburtsverletzungen und die Erkrankungen einzelner Organe, Hämorrhagien und hämorrhagische Erkrankungen, allgemeine Erkrankungen unklaren Ursprungs (Buhlsche Krankheit, Winckelsche Krankheit, Icterus gravis, transitorisches Fieber), infektiöse und septische Erkrankungen. Die Literatur ist in weitgehendem Maße berücksichtigt. An mancher Stelle wäre zu wünschen, daß der Verfasser seine gewiß doch große persönliche Erfahrung mehr in den Vordergrund stellte, anstatt die Erfahrungen anderer in ausführlicher Darstellung nebeneiander zu stellen. Ferner scheint in einem Werk, das doch in erster Linie für den praktischen Gebrauch bestimmt ist, die Therapie zu wenig berücksichtigt. Davon abgesehen, aber ist der Versuch, dieses Grenzgebiet zwischen Geburtshilfe und Kinderheilkunde eingehend darzustellen, mit Erfolg durchgeführt. Keller (Berlin).

Canestrini (Graz). *Über das Sinnesleben des Neugeborenen.* (Monographien a. d. Gesamtgeb. d. Neurol. u. Psych., herausgegeben von Alzheimer und Lewandowsky, H. 5.)

Der Verf. prüfte das Sinnesleben der Neugeborenen in der Weise, daß er untersuchte, ob sich zwischen dem Hirnpuls des Kindes und gewissen äußeren Reizen — mechanischen, optischen und akustischen — Zusammenhänge feststellen ließen.

Er befestigte zu diesem Zweck über der Fontanelle einen Pneumographen, dessen Druckschwankungen durch eine Mareysche Trommel übertragen und durch einen Schreibhebel aus Stroh aufgezeichnet wurden. Es konnten natürlich nur Kinder mit großer und gut pulsierender Fontanelle benutzt werden. Sie standen — etwa 70 an der Zahl — im Alter von 1 bis 14 Tagen.

Die Prüfung des Gesichtssinnes geschah mit verschieden starken elektrischen Birnen und farbigem Licht. Sowohl schlafende wie wachende Säuglinge zeigten eine Reaktion, indem die Hirnpulskurve einen deutlichen Ausschlag gab. Wirkte der Reiz öfter in kurzen Abständen hintereinander ein, so wurde das Kind unruhig und erwachte schließlich. Diese Reaktion auf Lichtreize war bereits vom ersten Tage an zu beobachten.

Der Gehörsinn wurde mit Glockenläuten, Mundharmonikas, Stimmgabeln, Kindertrompeten u. a. geprüft. Beim schlafenden Säugling nahmen auf einen Pfiff hin die Hirnpulse vorübergehend an Zahl ab, die Wellen wurden kleiner und langsamer. In wachem Zustand wurden bei gedämpften Geräuschen (Mundharmonikaspiel) die Hirnpulse deutlicher, um sich nach Aufhören der Musik wieder abzuflachen. Bei kurzen schrillen Tönen, wie einem Pfiff, trat eine

kurze einmalige Erhebung der Kurve auf. Bei anhaltendem Glockenläuten trat eine plötzliche Reaktion ein, die sich jedoch nach und nach abflachte. Das führt der Verf. darauf zurück, daß bereits beim neugeborenen Kinde gewisse Hemmungsimpulse vorhanden seien, die die Reaktionen modifizierten. Sehr bemerkenswert war die Reaktion eines Kindes: es reagierte schon am siebenten Tage im heftigsten Schreien auf die Stimme seiner Mutter mit einer vorübergehenden Abflachung seiner Hirnpulskurve. Übereinstimmend ergab sich, daß schon neugeborene Kinder eine Verschiedenheit der Reaktion zeigen, je nachdem der Reiz eine Lust- oder Unlustempfindung weckt. Sie reagieren genau wie Erwachsene bei Lustempfindungen mit Pulsverlangsamung, bei Unlustempfindungen mit Pulsbeschleunigung, woraus man weiter schließen kann, daß bereits das neugeborene Kind eine gewisse Aufmerksamkeit besitzt.

Der Geschmacksinn wurde mit Zucker-Essig-Kochsalz-Chininlösungen sowie mit Kuhmilch und Muttermilch geprüft. Stets erfolgte eine deutliche Reaktion. Auch bei schreienden Säuglingen konnte durch Bepinseln der Zunge mit Zucker eine Abflachung des Hirnpulses erzielt werden. Bittere Lösungen riefen langanhaltende Reaktion hervor, es kam sogar zu einer förmlichen Revolution der Pulskurve. Verglichen mit anderen Reizen — akustischen und optischen — war die Reaktion des Geschmacksreizes stets die deutlichste.

Bei der Prüfung des Tastsinnes fanden sich erhebliche Unterschiede je nach der Art des Reizes, Kältereize wie Äthylchloridspray oder Anblasen wirkten am heftigsten. Am empfindlichsten erwiesen sich die Lippen. Schmerzsinn und Empfindlichkeit gegenüber dem elektrischen Strom waren sehr wenig vorhanden.

Der Geruchsinn erwies sich als sehr wenig ausgebildet, fast alle Kinder reagierten darauf im Sinne einer Unlustempfindung.

Zum Schluß vergleicht der Verf. das menschliche Neugeborene mit dem neugeborenen Tier und findet, daß Lichtsinn, Tastsinn, Hören und Geruch bei letzteren besser ausgebildet sind. Nur hinsichtlich des Geschmackes reicht das Kind an das neugeborene Tier heran. Birk (Kiel).

H. Eckert. *Ursachen und Wesen angeborener Diathesen.* (Verlag von Karger, Berlin.)

Der Verf. suchte den kongenitalen Defekt im Chemismus des Körpers, der nach Czernys Ansicht die Ursache der exsudativen Diathese darstellen soll. Er hat ihn aber, um es vorweg zu sagen, nicht gefunden und lehnt daher natürlich Czernys Theorie ab.

Es ist nicht recht verständlich, wie der Verf. nach der ganzen Anlage seiner Versuche einen Rückschluß auf die Konstitutionsanomalien machen konnte. Denn sie nehmen auf jenen hypothetischen Defekt gar keinen Bezug, weder in ihrer allgemeinen Anordnung noch in ihrer speziellen Fragestellung (S. 4). Der Verf. experimentierte an — konstitutionell offenbar ganz normalen — Tieren, die er

verschieden ernährte und in verschiedenem Alter analysierte. Bei einem solchen Vorgehen konnte unseres Erachtens nicht gut etwas anderes herauskommen als die Feststellung, daß normale Tiere auch bei verschiedener Ernährung so gut mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln haushalten können, daß die Konstanz ihrer chemischen Körperzusammensetzung im wesentlichen gewahrt bleibt. Das brauchte aber nicht erst bewiesen zu werden; sehen wir doch alle Tage, wie konstitutionell normale Säuglinge selbst bei einer recht wenig rationell zusammengesetzten Nahrung allenfalls eine Ernährungsstörung, aber doch niemals eine Konstitutionsanomalie akquirieren. Sondern das ist eben das Vorrecht konstitutionell anormaler Individuen.

So bedeutet denn das Buch mit dem verheißungsvollen Titel leider keinen Fortschritt in der Kenntnis der Diathesen, geschweige denn gar eine Lösung des Problems. Birk (Kiel).

Hans Aron. *Biochemie des Wachstums des Menschen und der höheren Tiere.* (Verlag von Gustav Fischer, Jena, 1913; Preis: M. 2.50.)

In der Beurteilung der vorliegenden Arbeit wird die Kritik von einer seltenen Einmütigkeit sein: sie kann nicht anders als uneingeschränktes Lob sprechen. Auf 70 Seiten stellt der Verf. mit voller Beherrschung des gesamten in der Literatur niedergelegten reichen Materials in gedrängter Kürze, ohne etwas Wesentliches zu übersehen und ohne sich mit unnötigem Ballast aufzuhalten, die Biochemie des Wachstums dar.

Den festesten Boden hat Aron in dem ersten Abschnitt unter den Füßen, welcher den Änderungen der chemischen Zusammensetzung des Körpers während des Wachstums gewidmet ist. Er bespricht darin die Änderungen des Gesamtkörpers im Wasser-, Fett-, Eiweiß- und Mineralstoffgehalt, ferner die Zusammensetzung der einzelnen Körperteile und Organe in den verschiedenen Entwicklungsstadien und schließlich den Anwuchs sowie die Bedeutung der direkten Körperanalyse und des Stoffwechselversuches für die Ermittlung des Ansatzes während des Wachstums. Der zweite Abschnitt umfaßt die Synthese des wachsenden Körpers aus den Baustoffen der Nahrung, und zwar einmal unter normalen Verhältnissen, sodann bei verschiedenen Formen der Unterernährung. Im Anschluß daran wird der Einfluß der Art und der Zusammensetzung der Nahrung auf die Körperzusammensetzung besprochen sowie der Chemismus der Wachstumsreize (Produkte der endokrinen Drüsen, Hormone, Katalysatoren der Nahrung). Das Schlußkapitel beschäftigt sich mit den zeitlichen Störungen im Chemismus des Wachstumsprozesses durch Anomalien des Wachstumstriebes und durch sekundäre Ursachen.

Der Aufsatz Arons ist zuerst in Oppenheimers Handbuch der Biochemie des Menschen und der Tiere erschienen. Wir müssen dem Verf. und dem Verleger Dank wissen, daß sie den Aufsatz in erweiterter Form als Monographie herausgebracht haben.

Keller (Berlin).

Kasimir Funk. *Die Vitamine, ihre Bedeutung für die Physiologie und Pathologie mit besonderer Berücksichtigung der Avitaminosen (Beriberi, Skorbut, Pellagra, Rachitis).* Anhang: *Die Wachstumssubstanz und das Krebsproblem.* (Mit 38 Abb. im Text u. 2 Taf.) (Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1914; Preis: M. 8.60.)

„Vieles in diesen Ausführungen ist fragmentarisch, vieles rein hypothetisch," sagt der Verf. in der Einleitung und nimmt damit der Kritik den wesentlichsten Einwand vorweg, zumal diese zugestehen muß, daß es in gewissen Stadien der Arbeit ein wirkliches Verdienst ist, wenn ein Berufener die bisher geleistete Arbeit zusammenfaßt und zwischen den bestehenden Tatsachen auf dem Wege der Hypothese — wenn eine reellere Brücke fehlt — eine Verbindung herzustellen sucht.

Die Vitamine sind stickstoffhaltige, sehr kompliziert gebaute kristalline Körper, die für das Leben unentbehrlich sind und namentlich beim Keimungsprozeß eine entscheidende Rolle spielen. Das Fehlen der Vitamine in der Nahrung führt ernste Erkrankungen und schließlich den Tod herbei. Zu der Gruppe der Krankheiten, für die Funk den Namen Avitaminosen oder Deficiency Diseases vorgeschlagen hat, rechnet er Beriberi, Skorbut, Barlowsche Krankheit, mit Wahrscheinlichkeit ferner Mehlnährschaden, Sprue, tropische endemische Neuritis, Spasmophilie bei Kindern, Rachitis, Osteomalazie. Um es gleich vorwegzunehmen, scheint von den zuletzt genannten Krankheiten der Mehlnährschaden am ehesten dem von Funk aufgestellten Krankheitsbegriff zu entsprechen. Wir werden aber verständigerweise das, was wir vom Stoffwechsel des Mehlnährschadens sicher wissen, nicht voreilig über Bord werfen, bevor wir nicht über die Vitamine und Avitaminosen mehr wissen als bisher.

Den Avitaminosen gemeinsam ist ihre Entstehungsursache: lange Zeit ohne Unterbrechung fortgesetzter Genuß einer einseitigen, in spezieller Weise zusammengesetzten Nahrung. Bei einem Patienten, der mehrere Wochen, oder Monate von Brot, Mehl, weißem Reis, Mais oder gekochter Milch gelebt hat, muß nach Funk der Verdacht auf Avitaminosen gelenkt werden. Die Symptome der Avitaminosen lassen sich in Gruppen einteilen. Funk unterscheidet: den Symptomenkomplex der multiplen Neuritis mit Lähmungen und Kontrakturen, ferner einen kardialen Symptomenkomplex mit Erweiterung des rechten Herzens, Dyspnoe, Zyanose und Oligurie; ferner Anasarka mit Hydroperikard, Aszites, Hydrothorax. Diese 3 Syndrome sind Beriberi eigen. Als 4. Symptomenkomplex wird der Skorbut beim Erwachsenen, der infantile und experimentelle Skorbut benannt. Schließlich bleibt noch der pellagröse Symptomenkomplex, welcher in Magendarmläsionen, Hauterythemen und Symptomen seitens des Zentralnervensystems besteht. Manche Läsionen sind allen Avitaminosen gemeinsam: Der Angriffspunkt der Causa morbi, d. h. des Vitaminhungers, ist das zentrale Nervensystem.

Charakteristisch für die Avitaminosen ist die Tatsache, daß durch einfachen Diätwechsel oder durch Zufuhr des fehlenden Vitamins ohne eine andere Therapie Heilung erbracht werden kann.

Es würde zu weit führen, wollten wir in diesem Referat dem Gedankengange Funks in seinen Einzelheiten folgen. Von den Avitaminosen am besten erforscht ist die menschliche und experimentelle Beriberi, an der Funk mit Geschick den Begriff der Avitaminosen entwickelt. Er geht dann zu einer Skorbutgruppe, zur Pellagra, zur Rachitis (Osteomalazie und Spasmophilie) und zu den Ernährungsstörungen beim Säugling über. Den Beschluß des Werkes machen 2 sehr lesenswerte Aufsätze über den Chemismus und über die Vitamine in ihren Beziehungen zu der Ernährungs- und Stoffwechsellehre.

So dankenswert der Versuch ist, diese verschiedenen Krankheiten, deren Ätiologie mehr oder weniger dunkel ist, unter einem einheitlichen Gesichtspunkt zusammenzufassen, so kann doch nicht genug davor gewarnt werden, alle möglichen Formen von Krankheiten, die mit der Ernährung in Zusammenhang stehen, in das Gebiet der Avitaminosen zu verweisen. (So gewiß Mehlnährschaden in die Funksche Krankheitsgruppe hineingehört, so wenig gehört der von ihm dazu gerechnete Milchnährschaden dazu.) Es wird sonst mit der Überschätzung der Vitamine und Avitaminosen gehen, wie mit der inneren Sekretion und den endokrinen Drüsen, die ätiologisch für alle möglichen unklaren Krankheiten in Anspruch genommen werden; und es wird auch praktisch um so größere Vorsicht geboten sein, da wohl mit Sicherheit zu erwarten ist, daß die Nährmittelindustrie sich mit Begeisterung des neu erschlossenen Gebietes bemächtigen wird.

Allen, die sich für die hier im Referat kurz skizzierten Fragen interessireen, sei die Funksche Monographie als höchst anregende Lektüre dringend empfohlen. Keller (Berlin).

Ludwig Ruland. *Das Findelhaus, seine geschichtliche Entwicklung und sittliche Bewertung.* (Verlag von Karl Heymann, Berlin, 1913, Preis: M. 2.—.)

Verf. ist Divisionspfarrer in Münster, und die vorliegende Arbeit ist seine Habilitationsschrift. Die Arbeit zerfällt in einen historischen und einen kritischen Teil. Auf Grund einer zum Teil wenig bekannten Literatur wird von den ersten Anfängen des Kinderschutzes im Altertum an die Entwicklung des Findelwesens im Mittelalter und in der Neuzeit geschildert. Ein besonderes Kapitel ist dem heiligen Vinzenz von Paul gewidmet, der mit Recht als der Begründer der modernen Kinderfürsorge bezeichnet wird. Der geschichtliche Teil schließt mit einer Beschreibung der österreichischen Findelanstalten ab.

Der kritische Teil befaßt sich zunächst mit der Stellung, welche ältere Moraltheologen und Schriftsteller gegenüber der Kindesaussetzung und dem Findelhaus einnehmen, und mit der Kritik, welche

das Findelwesen im 18. und 19. Jahrhundert erfuhr. Dem Findelhaussystem wird einmal das sogenannte germanische System gegenübergestellt und sodann die moderne Fürsorge mit der Entwicklung des Vormundschaftswesens und allen ihren sonstigen Einrichtungen. Der Verf. ist ein Anhänger des Findelhauswesens, wenn er natürlich auch Verbesserungen für notwendig hält. Insbesondere hält er Geheimabteilungen für Mädchen besserer Stände und größtmögliche Diskretion für notwendig, um der Engelmacherei und den Ausbeutungsmethoden der Adoptionsinstitute vorzubeugen.

Ein Vorzug der Schrift ist, daß der Verf. einen großen Teil der Literatur eingehend studiert hat und manche irrtümliche Darstellung, wie sie z. B. sich bei Hügel findet, richtigstellt; ein Mangel der Schrift ist, daß es sich im wesentlichen nur um literarische Studien handelt, und daß der Verf., mit Ausnahme eines flüchtigen Besuches im Prager Findelhaus, das Findelhaus nicht aus persönlichen Anschauungen kennt. Keller (Berlin).

Klumker. *Jahrbuch der Fürsorge.* Siebenter Jahrgang, 1913. (Verlag von Julius Springer, Berlin, 1914.)

Inhalt:

I. W. Kohl, Berlin: Die unehelichen Mündel in Pastor Pfeifers Berufsvormundschaft in Berlin.

II. Erfahrungen aus dem Leben.

III. Zur Entwicklung der Berufsvormundschaft.

1. Bremen: Gesetz betreffend das Jugendamt vom 21. Dezember 1912.

Gesetz betreffend Abänderung des Ausführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch vom 18. Juli 1899, vom 21. Dezember 1912.

Gesetz betreffend die Generalvormundschaft in der Stadt Bremen und im Landgebiet vom 21. Dezember 1912.

Gesetz über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger vom 21. Dezember 1912.

2. Bremen (Hafenstädte): Gesetz betreffend Abänderung des Ausführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch vom 18. Juli 1899 vom 9. April 1913.

IV. Neuere wichtige Entscheidungen aus der Kinderfürsorge in vollständigem Abdruck.

Berufsvormundschaft.

Anwendbarkeit des § 361^{10} StGB auf den unehelichen Vater.

V. Literaturbericht über Jugendfürsorge 1912.

VI. Anhang: Ausschuß, Satzungen und Mitgliederverzeichnis des Archivs deutscher Berufsvormünder. Keller (Berlin).

Zur Frage der Berufsvormundschaft. Teil VIII/2. Berichte d. achten Tagung deutscher Berufsvormünder in Stuttgart am 22. bis 24. September, herausgegeben vom ständigen Ausschuß. (Verlag von O. V. Böhmert, Dresden, 1913.)

Die Themata, die zur Verhandlung kamen, waren

Roller: Die Berufsvormundschaft als Grundlage des Kinderschutzes im Lande Mähren.

Kaftan: Anfänge von Landesberufsvormundschaften in Deutschland.

Levi und Franke: Stellung der Berufsvormundschaften gegenüber Gerichten und Polizei.

Polligkeit: Die Fürsorge für abwandernde und abgewanderte Jugendliche vom Standpunkt des Vormundschaftsrechts.

Fink und Niestroj: Gegenseitige Unterstützung der Berufsvormundschaften.

Diefenbach: Hat der Vater eines unehelichen Kindes für die Kosten einer Krankheit des Kindes aufzukommen?

Matthiessen: Kann der Berufsvormund für besondere Mühewaltung ebenso wie ein Einzelvormund Vergütung aus dem Vermögen des Mündels beanspruchen? Keller (Berlin).

R. Abel. *Die gesundheitlich wichtigen Verhältnisse und Einrichtungen der deutschen Seebadeorte.* (Mit 1 Taf. u. 49 Abb. im Text.) (Aug. Hirschwald, Berlin, 1913.)

Unter Mitwirkung der zuständigen Medizinalbeamten werden die Verhältnisse der deutschen Seebadeorte sachlich in der Weise dargestellt, daß für jeden Badeort die Entwicklung desselben, die Größe der Besucherzahl, die allgemeinen Erwerbsverhältnisse der Bevölkerung, die klimatischen Verhältnisse, die Kureinrichtungen, die besonderen Kuranstalten, das Wohnungswesen, die Nahrungsmitteluntersuchung, Wasserversorgung und die sonstigen hygienischen Verhältnisse erörtert werden. Der Mangel aller reklamehaften Angaben macht das kleine Werk zum Nachschlagebuch besonders geeignet. Keller (Berlin).

Ide (Amrum). *Die Nordseeluftkur, ihre Grundlagen, Wirkungen, Methodik und Indikationen.* (Allg. Med. Verlagsges., Berlin, 1914.)

Das Buch erhebt sich nicht über das Niveau der üblichen Badearztliteratur. Leider — denn gerade jetzt, wo die französischen Hochgebirgssanatorien mehr denn je den deutschen Seehospizen Konkurrenz machen, wäre den letzteren eine gute Literatur zu wünschen. Bücher aber wie das vorliegende diskreditieren nur die deutschen Bäder, weil sie ihnen Erfolge zuschreiben, die sie nicht haben. Die Nordsee vermag sehr viel, wahrscheinlich genau so viel, wie das Hochgebirge, aber sie vermag nicht alles. Alle möglichen

Krankheiten werden in dem Buche als für die Nordseekur geeignet erklärt, die es nicht sind. So gehören z. B. die neurasthenischen Zustände bei Kindern (Chorea u. a.) sicherlich überall hin, bloß nicht an die Nordsee.

Wenn der Verf. sich darauf beschränkt hätte, die Krankheitszustände zu nennen, die eine unbestrittene Indikation für einen Nordseeaufenthalt abgeben, so hätte er den Ärzten im Binnenland einen großen Dienst erwiesen. So aber, wo er eigentlich alles als reif für die Badeärzte der Nordsee erklärt, kann man sein Buch nicht empfehlen. Birk (Kiel).

Géza v. Hoffmann. *Die Rassenhygiene in den Vereinigten Staaten von Nordamerika.* Mit 1 Fig. im Text. (Verlag von F. Lehmann, München, 1913; Preis: geh. M. 5.—, geb. M. 6.—.)

Für den mit den eugenistischen Lehren nicht vertrauten Leser gibt der Verf. in der Einleitung eine Übersicht über die Grundlehren der Rassenhygiene und berichtet dann über die auffallend schnelle Verbreitung, welche rassenhygienische Ideen in den Vereinigten Staaten gefunden haben. In seiner praktischen Art ist der Amerikaner eben nicht bei der Propaganda der Ideen stehen geblieben, sondern dazu übergegangen, sie in die Tat umzusetzen. Die Gesetzgebung der einzelnen Staaten hat sich insbesondere mit 2 wichtigen Fragen beschäftigt, nämlich mit der Regelung der Ehe im rassehygienischen Sinne und mit der Unfruchtbarmachung der Minderwertigen. Aus einer Zusammenstellung ersehen wir, daß als gesetzliches Ehehindernis nicht nur Geisteskrankheit, Schwachsinn, Imbezillität und Idiotie angeführt werden, sondern daß, wenigstens in einzelnen Staaten, als Einschränkungsgrund Epilepsie, Geschlechtskrankheiten, Alkoholismus, Lungenschwindsucht vom Gesetz anerkannt werden. Ebenso energisch gehen einzelne Staaten in der Frage der Verhütung der Nachkommenschaft minderwertiger Individuen vor. Auf Grund gerichtlicher Entscheidung kann bei Notzuchtsverbrechern, Gewohnheitsverbrechern, bei Idioten, Schwachsinnigen und Geisteskranken irgend eine Operation zur Verhütung der Fortpflanzung ausgeführt werden.

Auch den Gegnern dieser rassenhygienischen Maßnahmen wird der Verf. insofern gerecht, als er die von ihnen vorgebrachten Einwände ausführlich bespricht, und besonders dankenswert ist sein Bestreben, nicht nur die gesetzlichen Bestimmungen der verschiedenen Staaten auf dem in Rede stehenden Gebiet anzuführen, sondern auch festzustellen, inwieweit und in welcher Weise die gesetzlichen Bestimmungen nun wirklich zur Durchführung kommen.

Im Schlußkapitel schildert Verf., wie auch durch die Einwanderungsgesetze eine Auslese der Einwanderer im rassenhygienischen Sinne durchgeführt wird. Dadurch, daß alles minderwertige Material von der Einwanderung ausgeschlossen wird, haben die Vereinigten Staaten einen entschiedenen Vorteil, während die europä-

ischen Auswanderungsstaaten nicht nur einen Verlust an Zahl, sondern eine zunehmende Verelendung des Volkskörpers ausweisen.

Im Anhang wird der Wortlaut verschiedener Gesetze angeführt und eine Übersicht über die umfangreiche (927 Arbeiten) amerikanische Literatur gegeben. Keller (Berlin).

Lavina L. Dock. *Geschichte der Krankenpflege von Urzeiten bis jetzt mit besonderer Berücksichtigung der Arbeit der letzten dreißig Jahre.* Übersetzt von Schwester Agnes Karl. III. Bd., mit 48 Bildern. (Verlag von Dietrich Reimer, Ernst Vohsen, Berlin, 1913.)

Die beiden ersten Bände des Werkes sind in dieser Monatsschrift, Band IX, S. 324 und Band X, S. 533 besprochen. Der dritte Band enthält die Geschichte der Krankenpflege in Großbritannien und Irland, in den Vereinigten Staaten, in Skandinavien, die in den letzten Jahren sich vollziehende Revolution der Krankenpflege in den französischen Hospitälern und das Entstehen der deutschen freien Schwesternschaft. Auch der neue Band bringt wiederum eine Menge wertvollen Materials zum Studium der Krankenpflege. Je mehr die Beschreibung von vergangenen Zeiten sich der Gegenwart nähert, um so unangenehmer muß auffallen, daß in der Schilderung der Bewegung die Schilderung einzelner Persönlichkeiten einen immer breiteren Raum einnimmt. Vielleicht werden aber gerade diese biographischen Notizen und die Porträts der Hauptführerinnen auf dem Gebiet moderner Krankenpflege das Werk großen Teilen der Leserinnen besonders wertvoll machen.

Keller (Berlin).

G. Brühl und **Politzer.** *Lehrbuch und Atlas der Ohrenheilkunde.* (3. Aufl., 56 farbige Taf., 187 Textabb., Verlag F. Lehmann. Preis: M. 14.)

In bekannter, guter Ausstattung wird uns hier ein sehr übersichtliches Lehrbuch der Ohrenheilkunde gegeben. Fast ist es möglich, ohne Berücksichtigung des Textes aus den Bildern die gesamte Ohrenheilkunde einschließlich der pathologischen Anatomie zu repetieren. Ich glaube, daß sowohl Studenten wie praktische Ärzte sich sehr bequem in diesem Buch über die gesamte Ohrenheilkunde sowie über einzelne Gebiete werden orientieren können. F. Göppert.

Hans Reiter. *Vakzinetherapie und Vakzinediagnostik.* Mit 26 Abb. im Text. (Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart, 1913, Preis: M. 8.—.)

R. W. Allen. *Die Vakzinetherapie, ihre Theorie und praktische Anwendung.* Nach der vierten Auflage des Originals; deutsch herausgegeben von R. E. S. Krohn. (Verlag von Theodor Steinkopff, Dresden und Leipzig, 1914, Preis: geh. M. 10.—, geb. M. 11.—.)

Fast gleichzeitig erscheinen im deutschen Buchhandel 2 Monographien respektive Lehrbücher über Vakzinetherapie und sie werden

gewiß vielen willkommen sein. Beide Autoren haben sich um die Entwicklung der Lehre im besonderen Maße verdient gemacht, so daß der Praktiker von ihnen eine wirkliche Belehrung erwarten darf. Beiden Werken gemeinsam ist die Art der Darstellung, daß zunächst die theoretischen Grundlagen der Vakzinetherapie und dann die praktischen Erfahrungen und ihre Erfolge besprochen werden; und gerade mit Rücksicht auf diesen praktischen Teil scheint mir das Reitersche Buch den Vorzug zu verdienen, weil es in der Beurteilung der Erfolge die strengere Kritik anlegt, die vielen englischen und amerikanischen Arbeiten gegenüber dringend notwendig ist. Als beiden Büchern gemeinsamer Vorzug ist es anzusehen, daß die Technik der Therapie in ausführlicher Weise besprochen wird, wie es auf einem neuen Gebiet, das erst allmählich der allgemeinen Praxis erschlossen werden soll, notwendig ist.

Viele Praktiker — und dem Kinderarzt ist es besonders zu empfehlen — werden mit Vorteil die Monographie von Reiter zunächst einmal von Anfang bis zu Ende durchlesen, um sie später als Nachschlagebuch zu verwenden. Sie zerfällt in einen allgemeinen und einen speziellen Teil. Der allgemeine bespricht die früheren Versuche einer aktiven Immunisierung, die künstliche Immunität, die Bildung der Schutzstoffe, die Opsonine, die Technik ihrer Bestimmung, ihren diagnostischen und therapeutischen Wert, die Prinzipien und Methoden der Vakzination und Vakzinediagnostik, die Herstellung der Impfstoffe und ihre Verwendung; im speziellen Teil werden die verschiedenen Anwendungsmethoden und ihre Erfolge bei den verschiedenen Infektionskrankheiten besprochen. Wenn man die sehr verschiedenwertige Literatur über die praktischen Erfolge durchsieht, erscheint der Wunsch berechtigt, die neue Therapie möge noch eingehenden klinischen Prüfungen unterworfen werden, ehe sie in die allgemeine Praxis Eingang findet.

Keller (Berlin).

E. Hoffmann. (Bonn.) ***Fortschritte in der Erkennung und Behandlung der Syphilis.*** (Verlag von Friedrich Cohen, Bonn, M. 1·60.)

In der Form eines Fortbildungsvortrages legt der Verf. zunächst die Fortschritte der Syphilisdiagnostik dar: Übertragung der Syphilis auf Tiere, Entdeckung der Spirochaete pallida, Nachweis derselben durch Schnellfärbung, Burrische Tuschemethode und Dunkelfeldbeleuchtung, ferner Wassermannsche Reaktion und provokatorische Salvarsaninjektion. Alsdann geht er auf die Behandlung ein, wobei er auch die Salvarsanschädigungen erwähnt. Er braucht im allgemeinen die kombinierte Behandlung: erst eine kräftige Schmierkur (36 bis 42 Einreibungen von je 4 bis 5 g) oder 12 bis 15 Hg Salyzilspritzen oder 12 bis 15 Kalomelinjektionen. Danach gibt er 4 bis 6 Salvarsaninjektionen. Für eine kurze, gute und sichere Orientierung auf dem Gebiete der modernen Syphilislehre ist das Büchlein sehr gut geeignet.

Birk (Kiel).

Harald Boas (Kopenhagen). *Die Wassermannsche Reaktion mit besonderer Berücksichtigung ihrer klinischen Verwertbarkeit.* (Verlag von Karger, Berlin, 1914, 2. vermehrte u. verbesserte Aufl.)

Das Buch bietet eine Übersicht über die Wassermann-Literatur, wie sie vollständiger wahrscheinlich nirgends zu finden ist. Das Literaturverzeichnis allein umfaßt rund 80 Seiten.

Der Verf. behandelt eingehend die Technik und die zahlreichen Modifikationen der Wassermannschen Reaktion.

Das Gesamtresultat seiner Untersuchungen geht dahin, daß er sagt: Positive Wassermannreaktion muß als ein Symptom von Lues betrachtet und als solches behandelt werden. Das Ausbleiben der Reaktion hat keine entscheidende prognostische oder therapeutische Bedeutung.

Es mißt also der Wassermannschen Reaktion einen ganz enormen Wert bei. Leider aber geht aus seinem Buch hervor, daß es offenbar sehr viel ausmacht, wer die Reaktion anstellt. In dem Kapitel ‚Kontrollfälle' sind alle diejenigen Fälle niedergelegt, in denen — von anderen Autoren — eine positive Reaktion gefunden wurde, während sie eigentlich negativ hätte sein müssen. Sie wurde z. B. positiv gefunden bei: Scharlach, Lungentuberkulose, kruppöser Pneumonie, malignen Tumoren, Typhus, Diabetes, Malaria, Pellagra, Lupus erythematodes, Beri-Beri, Lepra, Eklampsia grav., Dementia praecox, Angina Vincenti, Ikterus, bei narkotisierten Patienten, Sydenhamscher Chorea, Poliomyelitis ant., Pemphigus vegetans, Alopecia areata, Bleivergiftung, Sklerodermie, Tropenkrankheiten, Ostitis deformans, auch bei einzelnen Nervenkrankheiten. Wenn auch seine eigenen Nachprüfungen an fast 2000 normalen oder mit beliebigen anderen Krankheiten behafteten Leuten ergaben, daß diese Angaben zum größten Teil einer Nachprüfung nicht standhalten (er fand unter der genannten Zahl von Patienten nur 1 mal bei Lepra, 1 mal bei Scharlach und 3 mal bei narkotisierten Patienten eine positive Reaktion), so zeigt dieser Umstand doch, daß der Wassermannschen Reaktion noch mancherlei Mängel anhaften müssen. Durch diese Nachteile, die der Methode der Reaktion anhaften, wird der Wert des Buches natürlich nicht herabgesetzt, im Gegenteil, gerade für diese zweifelhaften Fälle gibt es einen guten Ratgeber ab.

Birk (Kiel).

Richter. *Geburtshilfliches Vademekum. 100 Fälle aus der Geburtshilfe für die Praxis.* Mit 25 Fig. u. 1 Doppeltaf. (Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig, 1913, Preis: M. 7.—.)

Das vorliegende, übersichtlich geordnete Nachschlagebuch ist aus den seminaristischen Übungen von Geheimrat Leopold (Dresden) hervorgegangen. Das Material, welches in seinem Nachlasse sich fand, wurde von dem Verf. streng im Sinne Leopolds zusammengestellt, in der Weise, daß nach Gruppen geordnet 100 besonders prägnante

geburtshilfliche Fälle, die als Paradigmen dienen können, dargestellt werden. Keller (Berlin).

Guleke (Straßburg). *Chirurgie der Nebenschilddrüsen (Epithelkörper).* IX. Bd. der neuen deutschen Chir., mit 22 teils farbigen Abbildungen; Einzelpreis: M. 8.40.)

Wie die früheren, hier referierten Bände der neuen deutschen Chirurgie, die das Grenzgebiet der inneren Medizin und der Chirurgie behandelten, ist auch der vorliegende ein ganz vortreffliches Buch, das durch die lebendige Darstellung, die Klarheit des Textes und die ausgedehnten Literaturangaben auch in Kreisen, die der Chirurgie ferner stehen, Interesse erwecken wird. Birk (Kiel).

Hermann Schall und **August Heisler.** *Nahrungsmitteltabelle zur Aufstellung und Berechnung von Diätverordnungen für Krankenhaus, Sanatorium und Praxis.* (Vierte, vermehrte Auflage.) (Verlag von C. Kabitzsch, Würzburg, 1914; Preis: M. 2.80.)

Die übersichtliche Einteilung des Materials und die Zuverlässigkeit der Zahlen machen die Tabellen für praktischen Gebrauch außerordentlich geeignet. Keller (Berlin).

Inhalt.

Birk. *Sammelreferat. Die Therapie der Kinderkrankheiten im Jahre 1913. 269.* — **Anatomie und Histologie. Kakusokkin.** *Topographie des Nabels 299.* — **Peter.** *Epithelperlen 299.* — **Physiologie und allgemeine Pathologie. Major. Sever.** *Röntgenuntersuchungen am Magen 300.* — **Schaekwitz.** *Wasserstoffionenkonzentration im Mageninhalt 300.* — **Kappis.** *Sensibilität der Bauchhöhle 301.* — **Mogwitz.** *Sympathisches Nervensystem 301.* — **Freund.** *Alternierende Bewegungen und Länge der Reflexbahn 302.* — **Pharmakologie und Toxikologie. Thiemich.** *Medikamente 302.* — **Kayser.** *Kalksalze 302.* — **Usener.** *Verteilungs- und Ausscheidungsverhältnisse des Urotropins 302.* — **Bakteriologie. Büsing.** *302.* — **Grundmann. Römer. Freifeld.** *Diphtheriebazillen 303.* — **Serologie und Immunitätslehre. Wolfsohn.** *Vakzinetherapie 303.* — **Otto.** *Gehalt des Blutes an Diphtherieantitoxin 304.* — **Joseph.** *Anaphylaxie und Diphtherieserum 304.* — **Schulz.**

Serumkrankheit 304. — **Entwicklung und Sprache. Münzer.** *Pubertas praecox 305.* — **Voelkel.** *Rechtshändigkeit 305.* — **Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Emerson.** *Ernährung älterer Kinder 305.* — **Engel.** *Mastkuren 306.* — **Aron.** *Wachstum und Ernährung 306.* — **Davidsohn.** *Molke und Magendarmfermente 306.* — **Leopold.** *Molkemodifizierte Milch 307.* — **Hudschinsky. Peiser.** *307.* — **Aschenheim.** *Rumination 308.* — **Mc Clure.** *Nervöses Erbrechen 308.* — **Vincent.** *Ernährungsstörungen 308.* — **Tobler.** *Nahrungsverweigerung 308.* — **Orchard.** *Nervöse Anorexie 308.* — **Chapin.** *Ödem 309.* — **Baerthlein** und **Huwald.** *Ätiologie des Darmkatarrhs 309.* — **Armstrong.** *Übertragung der Diarrhöe durch Fliegen 309.* — **Milchwissenschaft und Molkereipraxis. Thomas.** *Kolostrumkörperchen 309.* — **Ayers.** *Pasteurisieren 309.* — **Stoffwechsel. Samelson. Engel** und **Samelson.** *Energiequotient 310.* — **Frank** und **Niemann.** *Kohlensäureproduktion 310.* — **Heim.** *Salzfieber 311.* — **Jundell.** *Stoffwechsel bei Dyspepsie 311.* — **Schloß.** *Stoffwechsel bei Rachitis 313, 314* — **Bookman.** *Stoffwechsel bei Osteogenesis imperfecta 314.* — **Poulsen.** *Rohmilchgerinnsel im Stuhl 314.* — **Neugeborene. Liljestrand.** *Künstliche Atmung 315.* — **Koplik.** *Sterblichkeit in den ersten vier Lebenswochen 315.* — **Diathesen. Rosenstern.** *Debilität und spasmophile Diathese 316.* — **Rosenstern. Masslow.** *316.* — **Hüffel. Thorspecken.** *Spasmophile Diathese 317.* — **Kroll-Lifschütz.** *Eosinophilie und exsudative Diathese 317.* — **Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen. Schippers** und **de Lange. Flexner, Clark** und **Amoss.** *318.* — **Clare** und **Amoss. Amoss.** *319.* — **Clark, Fraser** und **Amoss. Flexner** und **Amoss. Kling** und **Petersson.** *Poliomyelitis 320.* — **v. Barabas. Jakobovics. Robertson.** Scharlach *321.* — **Lucas.** *321.* — **Steinschneider.** *Masern 322.* — **Erlenmeyer** und **Falkowski.** *Pocken 322.* — **Spirig. Reiche.** *322.* — **Nicholas** und **Hogan. Frank. Blacher.** *323.* — **Gottstein. Ruppel. Boehnke. Bauer.** *324.* — **Liedke** und **Völckel. Buttermilch.** *Diphtherie 325.* — **Schild.** *Bazillenruhr 325.* — **Wolff.** *Typhus 325.* — **Caronia.** *Leishmaniose 326.* — **Hamburger.** *Gonorrhöe 326.* — **Hand.** *Lyssa 326.* — **Permin.** *Tetanus 326.* — **de Jager.** *Echinokokkus 327.* — **Tuberkulose. Zarfl.** *Angeborene Tuberkulose 327.* — **Rozenblat.** *327.* — **Cronquist. Bessau** und **Schwenke.** *Tuberkulinreaktion 328.* — **Rach.** *Röntgendiagnostik*

der Lungentuberkulose 329. — **Stroeter.** *Knochen- und Gelenktuberkulose 329.* — **Tietze.** *Lebertuberkulose 330.* — **Gangele** und **Schüssler.** *Friedmanns Tuberkulosemittel 330.* — **Effler.** *Bekämpfung im Säuglingsalter 330.* — **Syphilis. Samelson.** *Dungernsche Reaktion 331.* — **Lesser** und **Karsten.** *Familiäre Syphilis 331.* — **Post.** *Mortalität an hereditärer Syphilis 331.* — **Respirationsorgane. Thaysen.** *Akute Pneumonie 331.* — **Holt.** *Empyembehandlung 332.* — **Blut- und blutbildende Organe. Bickel** und **Tasawa.** *Licht und Blutbildung 333.* — **Niemann.** *Unbekanntes Krankheitsbild 333.* — **Lymphatischer Apparat. Cocks.** *Tonsillenoperationen 333.* — **Innere Sekretion. Pappenheimer.** *Entfernung des Thymus 334.* — **v. Haberer.** *Thymusreduktion 334.* — **Salecker.** *Infantilismus 334.* — **Verdauungstraktus. Jellinek.** *Lingua geographica 334.* — **Richter.** *Angeborene Pylorusstenose 335.* — **Faulhaber.** *Röntgendiagnostik der Darmkrankheiten 335.* — **Frank.** *Hirschsprungsche Krankheit 335.* — **Küttner. Moro. Friedjung.** *Rezidivierende Nabelkoliken 335.* — **Sagredo.** *Würmer und Appendizitis 336.* — **Leber und Gallenwege. Homén.** *Hepatitis 337.* — **Rotgans.** *Choledochus-Anomalie 337.* — **Pankreas. Schütte.** *Karzinom 337.* — **Milz. Bayer.** *Funktion 338.* — **Urogenitalsystem. Bass** und **Wessler.** *Arthotische Albuminurie 338.* — **Sinclair.** *Vulvovaginitis 339.* — **Düker.** *Zystitis und Pyelitis 339.* — **Bewegungsapparat. Grunewald.** *Labilität der Streckmuskeln 340.* — **Scherb.** *Dorsalflektierende Wirkung des M. peroneus brevis 340.* — **Psychologie und Psychopathologie. Lazar.** Dissozialität *Jugendlicher 341.* — **Neurologie und Psychiatrie. Engel.** *Hysterie 341.* — **v. Niessl-Mayendorf.** *Chorea 341.* — **Collet.** *Paralysis generalis 342.* — **Junkel.** *Geburtslähmung 342.* — **Daklmann.** *Fazialislähmung 342.* — **Rosenberg.** *Pachymeningitis haemorrhag. int. 342.* — **Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen. Koch.** *342.* — **de Bruin.** *Rachitis 344.* — **Murk.** *Achondroplasie 344.* — **Haut. Mautner.** *Hautreaktionen 344.* — **Tobler.** *Erythema infectiosum 344.* — **Zahnung. Fordyce** und **Gibbs.** *Rolle der Ernährung 345.* — **Auge. v. Herff.** *Blennorrhoe neonatorum 345.* — **Nase, Ohr, Kehlkopf. Perez. Hofer.** *Ozaena 346.* — **Chirurgie. Stettiner.** *Säuglingschirurgie 347.* — **Benthin.** *Tentoriumzerreißung 347.* — **Müller.** *Ossärer Schiefhals 347.* — **Gebhardt.** *Akute Knochen-* und *Gelenkentzündung 348.* — **Pelten.**

und **Stolzenberg.** *Knochenzysten 348.* — **Schepelmann.** *Fraktur und Heißluft 348.* — **Harttung.** *Mastdarmverfall 349.* — **Lotsch.** *Invagination 349.* — **Orthopädie. Whitbeck.** *Behandlung schwacher Füße 349.* — **Glass.** *Stützkorsett 350.* — **Vulpius. Ombrédanne.** *Abbotsche Methode 350.* — **Mißbildungen. Tallant.** *Multiple Mißbildungen 350.* — **Hilgenreiner.** *Atresia ani 351.* — **Hospitalwesen. Mayerhofer.** *Säuglingsstation der Wiener Klinik 351.* — **Hartshorn.** *St. Johns Gild 351.* — **Schule. van der Meer.** *Sprachfehler 351.* — **Böhm.** *Orthopädische Fürsorge 352.* — **Berichte. Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.** *352.* — **Besprechungen. v. Reuss.** *Krankheiten der Neugeborenen 361.* — **Canestrini.** *Sinnenleben des Neugeborenen 362.* — **Eckert.** *Ursachen und Wesen angeborener Diathesen 363.* — **Aron.** *Biochemie des Wachstums 364.* — **Funk.** *Vitamine 365.* — **Ruland.** *Findelhaus 366.* — **Klumker.** *Jahrbuch der Fürsorge 367.* — *Zur Frage der Berufsvormundschaft 368.* — **Abel.** *Die gesundheitlich wichtigen Verhältnisse der deutschen Seebadeorte 368.* — **Ide.** *Die Nordseeluftkur 368.* — **v. Hoffmann.** *Rassenhygiene in den Vereinigten Staaten 369.* — **Doek.** *Geschichte der Krankenpflege 370.* — **Brühl** und **Politzer.** *Lehrbuch und Atlas der Ohrenheilkunde 370.* — **Reiter.** *Vakzinetheorie und Vakzinediagnostik 370.* — **Allen.** *Die Vakzinetherapie, ihre Theorie und ihre Anwendung 370.* — **Hoffmann.** *Fortschritte in der Erkennung und Behandlung der Syphilis 371.* — **Boas.** *Die Wassermannsche Reaktion 372.* — **Richter.** *Geburtshilfe. Vademekum 372.* — **Guleke.** *Chirurgie der Nebenschilddrüsen 373.* — **Schall** und **Heisler.** *Nahrungsmitteltabelle 373.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Berlin · **Göppert** Göttingen · **Knöpfelmacher** Wien · **Moro** Heidelberg · **Thiemich** Leipzig · **Tobler** Breslau · **Berend** Budapest

Comba Florenz · **Johannessen** Kristiania · **Koplik** New-York · **Marfan** Paris · **Schkarin** St. Petersburg · **Thomson** Edinburg · **Wieland** Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der „Referate", jährlich 2 Bände, pro Band (ca. 40 Bogen) Mk. 20.—.

Preis der „Originalien" (ca. 45—50 Bogen) jährlich Mk. 30.—.

Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XIII. Referate. Nr. 5.

Sammelreferat aus dem Gebiete der Rhinolaryngologie und Otologie.

Von **F. Göppert** (Göttingen).

Rhinolaryngologie.

1. **Bendix.** Mallebrein in der Kinderpraxis. Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 51.

2. **Bonhoff.** Über einen Fall von Angina Vincenti. Med. Klinik, 193, Nr. 11.

3. **Brüggemann.** Über Rachenmandeltuberkulose beim Erwachsenen. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXVIII, S. 28.

4. **Brandenburg.** Beitrag zur Laryngitis subchordalis acuta. Med. Klinik, 1912, Nr. 40.

5. **Brecher.** Adenoide Vegetationen. Prager med. Wochenschr., 1913, Nr. 14.

6. **Crist.** Nase und Ohr bei angeborenem Mangel an Schweißdrüsen. Zeitschr. f. Laryng., Bd. VI, S. 40.

7. **Coudela.** Primäraffekt an der Tonsille (Referat). Zeitschr. f. Laryng., Bd. VI, S. 329.

8. **Citelli.** Über die physio-pathologischen Beziehungen zwischen dem Hypophysensystem und verschiedenen chronischen Erkrankungen des Nasenrachens und der Keilbeinhöhlen. Zeitschr. f. Laryng., Bd. V, S. 513.

9. **Citelli.** Das Pituitrin bei operat. und spontanen Hämorrhagien. Ibidem, Bd. VI, S. 526.

10. **Chancellor.** Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. 10, S. 12.

11. **Cones.** Statistics, regarding the Inceas ed Number of Throat. Infection in Boston. Americ. Journ. of Public. Ilealth. Vol. XI, Juni 1912.

12. **Conradi.** Zur Prophylaxe der Diphtherie. Deutsche med. Wochenschr., 1913, S. 608.

13. **Denker.** Zur Technik und Verwendbarkeit der Krikothyreotomie. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 1.

14. **Denker.** Die rasche Eröffnung des Kehlkopfes bei dringender Erstickungsgefahr. Med. Klinik, 1913, Nr. 1.

15. **Ellern.** Über die immunisatorische Behandlung des Heufiebers nach Wright. Deutsche med. Wochenschr., 1912, S. 1590.

16. **Ephraim.** Zur Theorie des Bronchialasthmas. Berliner klin. Wochenschr., 1913, Nr. 22.

17. **Ephraim.** Über die Wirkung des Adrenalins bei Asthma bronchiale und bei der chronischen Bronchitis. Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 31.

18. **v. Eicken.** Die submuköse Septumresektion. Zeitschr. f. Laryng., Bd. VI, S. 210.

19. **Emmerich** und **Loew.** Über den Einfluß der Kalksalze auf Konstitution und Gesundheit. Berliner klin. Wochenschr., 1913, S. 1260, und Münchener med. Wochenschr., 1913, S. 2676.

20. **Formene.** Über das Verhalten der 3 Resistenzen der roten Blutkörperchen bei an adenoiden Vegetationen leidenden Patienten. Referat. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. CXVIII, S. 76.

21. **Falk.** Die Verwendung der Äthylchloridnarkose in der Hals-, Nasen-, Ohrenpraxis. Zeitschr. f. Laryng., Bd. VI, S. 1.

22. **Görke.** Zur Tonsillotomiefrage. Berliner klin. Wochenschr., 1913, S. 1159, und Diskussion hierzu. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXIX, S. 37.

23. **Gabrielow.** Über Involution der Adenoiden mit dem Alter. Nach Referat. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXVIII, S. 241.

24. **Gerber.** Die bisherigen Erfahrungen mit Salvarsan und Neosalvarsan. Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 12.

25. **Guisez.** Über das Hineinfallen der Adenoiden und der Tonsillen in die Luftwege. Referat. Zeitschr. f. Laryng., Bd. VI, S. 468.

26. **Götz.** Ein Fall beiderseitiger Choanalatresie beim Neugeborenen. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXVIII, S. 43.

27. **Gerhardt.** Meningitis serosa bei Nasenerkrankungen. Zeitschr. f. Lar., Bd. VI, S. 721.

28. **Göppert.** Rhinitis posterior im Säuglingsalter. Berliner klin. Wochenschr., 1913, S. 910.

29. **Göppert.** Bedeutung des Schnupfens im Säuglingsalter. Südwestdeutscher Pädiatertag. Wiesbaden, April 1913. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XII, S. 346.

30. **Göppert.** Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes im Kindesalter. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 11. Jahrgang, Nr. 8 bis 9.

31. **Göppert.** Bedeutung der Kalksalze in der Therapie. Med. Klinik, 1914.

32. **Halle.** Die Totalexstirpation. Deutsche med. Wochenschr., 1913, S. 368.

33. **Hamburger.** Eine durch Milch verbreitete Epidemie von septischer Halsentzündung. Nach Ref. Zeitschr. f. Laryngol., Bd. V, S. 807.

34. **Henke.** Versuche zur Frage über die physiologische Bedeutung der Tonsillen. Deutsche med. Wochenschr., 1913, S. 1618.

35. **Henrici.** Anästhesierung bei Rachenmandelexstirpation. Zeitschrift f. Laryngol., Bd. VI, S. 333.

36. **Heermann.** Über Septumresektion im Kindesalter. Zeitschrift f. Laryngol., Bd. VI, S. 239.

37. **Hoffmann.** Kalziumsalze bei Bronchialasthma und Heufieber. Münchener med. Wochenschr., 1912, S. 1152.

38. **Januschke.** Über Entzündungshemmung durch Kalksalze. Wiener klin. Wochenschr., 1913, S. 869.

39. **Imhofer.** Das lymphatische Gewebe des Ventriculus Morgagni. Zeitschr. f. Laryngol., Bd. VI, S. 551.

40. **Killian.** Über Schwebelaryngoskopie. Berliner klin. Wochenschrift Nr. 13.

41. **Kuttner.** Tonsillotomie oder Tonsillektomie? Med. Klinik, 1913, S. 819.

42. **Lang.** Über Choanalatresie. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1912, S. 970.
43. **Lautmann.** Behandlung des Schnupfens bei Säuglingen. Zeitschr. f. Laryngol., Bd. VI, S. 465.
44. **Lessing.** Über Osteomyelitis des Oberkiefers. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXVIII, S. 66.
45. **Levy.** Komplikationen nach Rachenmandeloperationen. Zeitschrift f. Laryngol., Bd. V, S. 247.
46. **Lewin.** Archiv f. Laryngol., Bd. IX.
47. **Lewinstein.** Zur Pathologie und Therapie vom Tuberkulum septi ausgehender nasaler Reflexneurosen. Zeitschr. f. Laryngol., Bd. VI, S. 252.
48. **Lewinstein.** Über eine neue pathologische Tonsille. Archiv f. Laryngol., Bd. XXVI, Heft 3.
49. **L. Meyer.** Über ophthalmologische Diagnostik der Erkrankungen der Nasennebenhöhlen, Med. Klinik, 1913, S. 37.
50. **Miodowski.** Die Lymphscheiden des Olfaktorius als Infektionsweg. Zeitschr. f. Laryngol., Bd. V, S. 956.
51. **Müller-Berthold.** Thymustod und Status lymphaticus. Zeitschrift f. Laryngol., Bd. V, S. 1075.
52. **Müller-Berthold.** Beitrag zur Laryngitis subchordalis acuta. Deutsche med. Wochenschr., 1912, S. 2078.
53. **S. Müller.** Über Gangrän der Nasen und andere schwere Folgen einer diagnostischen Tuberkulinprobe. Zeitschr. f. Laryngol., Bd. VI, S. 701.
54. **v. Navratil.** Ein Fall von Ösophagusspasmus. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. 68, S. 274.
55. **Örtel.** Die chronische Mandelgrubeninfektion und ihre Behandlung durch Tonsillotomie. Passows Beiträge, Bd. VI, S. 175.
56. **Pause.** Die Heilung retrobulbärer Erblindung durch Nasenoperation. Med. Klinik, 1913, Nr. 1.
57. **Paessler.** Radikale Tonsillektomie oder konservative Behandlung der chronischen Tonsillitis. Therapeut. Monatsh., Jänner 1913.
58. **Perez.** Ozäna, eine Infektions- und Kontagionskrankheit. Berliner klin. Wochenschr., 1913, S. 2411.
59. **Perutz** und **Sippel.** Über Chemotherapie der Hauttuberkulose. Zeitschr. f. Laryngol., Bd. VI, S. 648.
60. **Pfannenstill, Strandberg** und **Schaumann.** Nach Referat in Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXVIII, S. 74.
61. **Pfeiffer.** Lokalbehandlung mit Salvarsan und Neosalvarsan. Arch. f. Laryngologie, Bd. XXVII.
62. **Piffl.** Die chronische Entzündung der Gaumenmandeln und ihre Behandlung. Prager med. Wochenschr., 1812, Nr. 27.
63. **Piffl.** Der Waldeyersche Rachenring. Med. Klinik, 1913, Nr. 8.
64. **Reischig.** Ein Fall von Meningitis purulenta aseptica nach einem intranasalen Eingriff. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXIX, S. 78.
65. **v. Reyher.** Petustraya. Med. Wochenschr., 1913, Nr. 10.
66. **Richter.** Medical Record, 1913, 6. Dezember.
67. **Rollestone.** Speiseröhrendiphtherie. Nach Referat. Zeitschr. f. Laryngol., Bd. V, S. 549.
68. **Schanz.** Zur Prophylaxe der Diphtherie. Deutsche med. Wochenschr., 1913, S. 608.
69. **Schlemmer.** Über einen Fall von Panantritis bei einem 4jährigen Knaben. Mitteilungen f. Ohrenheilk., 1912, S. 1229.
70. **Schmedin.** Während des letzten Jahres im Oldenburger Land beobachtete Fälle von Maul- und Klauenseuche beim Menschen. Zeitschr. f. Laryngol., Bd. V, S. 582.
71. **Senator.** Über den ätiologischen Zusammenhang zwischen Rheumatosen und nasalen Erkrankungen. Deutsche med. Wochenschr., 1913, S. 985.

72. **Sendziak.** Einfluß der Operationen an der Nase auf die Basedowsche Krankheit. Referat. Zeitschr. f. Laryngol., Bd. V, S. 156.
73. **Sick.** Chirurgische Prophylaxe des akuten Schnupfens mit Salizyl. Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 29.
74. **Siemerling.** Meningitis nach follikulärer Angina. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 47.
75. **Spieß.** Die Anwendung von Antistreptokokkenserum (Höchst). Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 5.
76. **Spieß.** Die konservative Behandlung hypertrophischer Gaumenmandeln. Zeitschr. f. Laryngol., Bd. V, S. 581; Deutsche med. Wochenschr., 1912, S. 1168.
77. **Ssamoylenko.** Über Reorganisation des Knorpels der Nasenscheidewand. Zeitschr. f. Laryngol., Bd. VI, S. 19.
78. **Stowell** und **Hillard.** Comparison of the Streptococcies fr. milk and from the human Throat. Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Mai.
79. **Streit.** Zur vergleichenden Bakteriologie der Nase und des Mundes. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXIX, S. 38. Verhandlungen des Vereines deutscher Laryngologen, Stuttgart.
80. **Stucky.** Folgezustände der radikalen Tonsillektomie. Nach Referat. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXIX, S. 83.
81. **Tiedemann.** Ein weiterer Beitrag zur Rachenmandeltuberkulose bei Erwachsenen. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXIX, S. 264.
82. **Usener.** Über Luftschlucken. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 22.
83. **Weise.** Zur Kasuistik der Osteomyelitis des Oberkiefers. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXIX, S. 267.
84. **van den Wildenberg.** Die Stirnhöhlenentzündungen und deren Komplikationen bei Kindern. Referat. Zeitschr. f. Laryngol., Bd. VI, S. 461.
85. **Wood.** Die Beziehung der Tonsille zur Tuberkulose. Nach Referat. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXVIII, S. 242.
86. **Zografides.** Die Ozäna, ihr Wesen und ihre Therapie. Monatsschrift f. Ohrenheilk., 1912, Nr. 12.

I. Nasen- und Nasenrachenerkrankungen.

Von angeborenen Nasenleiden ist diesmal nur die Choanalatresie hervorzuheben. Bemerkenswert ist besonders ein Fall bei einem Neugeborenen, der eine eiterige Diplokokkenrhinitis (Gonokokken?) zeigte und außerdem die Brust trinken konnte. So konnte die Krankheit eine Zeitlang unerkannt bleiben. Erst schwere Erstickungserscheinungen veranlaßten eine genauere Untersuchung. Operation führte relative Heilung herbei [Götz (26)]. Im übrigen scheint das Leiden familiär vorzukommen. Wenigstens fand Lang(42) bei 3, wahrscheinlich aber bei 5 Mitgliedern einer Familie dasselbe Leiden.

Richter (66) betrachtet den Schnupfen als ein wenigstens zu Anfang nicht bakteriell bedingtes Leiden. Schroffer Übergang von trockener zu feuchter Luft hält er für die Ursache einer Sekretionsstörung, die für die Mikroorganismen günstigere Bedingungen schaffen kann.

Streit (79) fand in der Pars oralis pharyngis etwa bei 30% der Gesunden hämolytische Streptokokken, bei Angina in 90% der Fälle. Die normale Nase zeigte sehr oft steriles Sekret, doch immerhin in 25 bis 30% reichlichere Bakterien. Bemerkenswert ist, daß zwar gewöhnlich Zusammenhänge zwischen Mund- und Nasenflora bestehen,

daß aber beide Floren sich durchaus unterscheiden können, ja daß selbst beide Nasenhälften, wenn auch selten, hierin differieren.

Sehr reichlich sind die Berichte aus Amerika über Sore Throat, eine Krankheit, die bekanntlich durch Kuhmilch übertragen werden soll. Da mir die Originale nicht überall zur Verfügung stehen, kann ich nicht feststellen, wie weit die Angaben über die Art der Verbreitung einer strengeren Kritik standhalten. Die notwendige Vorbedingung scheint die Sitte zu sein, die Milch roh zu genießen. (Auf Butter wird keine Rücksicht genommen, nur auf Milch.) Angeführt wird, daß man den Streptokokkus sowohl in der Milch wie im Halse von erkranktem Personal der Meiereien findet. Stowell und Hillard (78) geben an, daß der in der Milch und bei den Erkrankten gefundene Streptokokkus bei 20° ebenso wie bei 35° Dextrose, Maltose und Saccharose, und zwar in dieser Reihenfolge vergärt. Bei gewöhnlichen Streptokokken, die sonst aus dem Halse zu züchten sind, soll ein solcher Unterschied nicht bestehen und eine Gärung bei 20° kaum erfolgen. Smith dagegen beschreibt den ursächlichen Erreger als einen paarweise oder in kurzen Ketten gelagerten Kokkus, der Kapseln besitzt und gram-positiv ist. Übereinstimmend wird das Krankheitsbild als ein besonders schweres beschrieben. [Hamburger (33) und die vorigen.] Es kommt zu allen Graden der Entzündung auf den Mandeln, schweren Drüsenentzündungen und allerhand septischen Infektionen.

Kirkland[1]) und ferner Pruen[1]) beschreiben eine ähnliche Epidemie, und zwar aus England. Nach 4tägiger Inkubation tritt eine mehr oder weniger schwere Angina auf mit starken Drüsenschwellungen. Häufig kommt es zur Endokarditis, zum Teil mit bleibenden Herzfehlern. Als Ursache wird hier auch eine besondere Form von Streptokokkus angenommen. Zum mindesten geht aus allen diesen Veröffentlichungen hervor, daß die Autoren den Eindruck haben, vor einer ungewöhnlich schweren und eigenartigen Epidemie von Nasenracheninfektion zu stehen. Auch nach einer Staphylokokkus-Mandelentzündung kann es zu Sepsis kommen, die sich im vorliegenden Falle durch schwerste Anämie, häufiges Erbrechen und zeitweise blutigen Stuhl äußerte (Knauth).

Die Ätiologie der Ozäna scheint ihre Aufklärung endlich gefunden zu haben. Seit vielen Jahren hatte schon Perez (58) einen Kocco-Bacillus fredidus beschrieben. Inzwischen ist es ihm gelungen, bei Kaninchen durch intravenöse Einverleibung von Reinkulturen einen profusen eiterigen Schnupfen zu erzielen. Auf die anfängliche Schwellung der unteren Muschel folgt eine Atrophie, die auch das knöcherne Gerüst betrifft. Hofer hat diese Angaben bestätigt. Die Gewinnung der Reinkulturen ist dadurch sehr erleichtert, daß es genügt, Milchkulturen in Bouillon, die die gesamte Flora aus der Nase eines Ozäna-Kranken enthalten, in die Ohrvene eines Kaninchens einzuspritzen. Im Nasensekret des Kaninchens findet sich dann der Bazillus fast in Reinkultur. Daß die Ozäna als Infektionskrank-

[1]) Brit. med. Journ., 1914, Feb. 21.

heit betrachtet werden muß, wird durch statistische Angaben von Perez (58) gestützt. Angeblich sollen auch Hunde Bazillenträger sein, jedoch nur dann gefährlich werden, wenn sie erkrankt sind. Hofer hat die neue Entdeckung zur aktiven Immunisierung von Ozäna-Kranken benutzt. In nicht zu schweren Fällen verschwanden die Krusten vollständig, in anderen verloren sie wenigstens ihre schmierige, stinkende Beschaffenheit. Es darf aber nicht jede Krustenbildung in der Nase mit üblem Geruch als Ozäna bezeichnet werden. Lokale Knochenerkrankungen können die Ursache hiervon sein und sind es auch in typisch erscheinenden Fällen [v. Reyher (65)]. Mit der neuen Theorie entfällt die Annahme einer Trophoneurose des Trigeminus [Zografides (86)]. Interessant ist aber doch, daß Crist (6) bei angeborenem Mangel der Schweißdrüsen ganz besonders häufig Ozäna oder, wie wir jetzt vielleicht sagen müssen, trockene Rhinitis mit stinkenden Krusten nachweisen konnte. Bestätigen sich die Ansichten von Perez (58) und Hofer, dann wird man noch schärfer wie bisher die rechte Ozäna von sekundärer Stinknase unterscheiden müssen.

Bonhoff (2) glaubt als Erreger der Angina Vincenti 3 bis 4 μ große, auf Aga züchtbare Körperchen ansprechen zu müssen. Der sonstige Mikroorganismenbefund wäre also auch hierbei als sekundär zu betrachten. Die Erscheinungen von chronischer Nasenverstopfung im frühen Säuglingsalter beruhen nach Göppert (28) in einer großen Reihe der Fälle nicht auf Vergrößerung der Adenoiden, sondern auf Verschwellung der Choanen, die in diesem Alter enge Kanäle darstellen. Demgemäß muß diese Krankheit spontan heilen, sobald aus dem Foramen choanale sich die Choane entwickelt. Kombinationen mit Vergrößerung derselben ist aus loco citato beschriebenen anatomischen Gründen meist nur durch das Gaumensegel hindurch möglich, doch genügt diese Untersuchungsmethode zur Ausscheidung operationsbedürftiger Fälle. Wichtig ist auch die Angabe von Usener (82), daß bei Nasenverstopfungen ein Säugling so stark Luft schlucken kann, daß schwere Atemnot auftritt. Nach diesen Erfahrungen können wir die schweren Auftreibungen des Leibes bei starker Rhinitis posterior zum Teil erklären.

Bei gewöhnlichem akutem Schnupfen der Säuglinge ist von Göppert (28) wiederholt Drucksteigerung im Schädel durch Meningitis serosa nachgewiesen worden. Eine Erklärung des Zusammenhanges stößt auf Schwierigkeiten. Die Intensität der Reaktion der Nase ist für die Entstehung der Komplikation nicht maßgebend. Da ferner bei Lungenentzündung die seröse Meningitis auch beobachtet wird, müssen wir die Annahme einer Fortleitung per continuitatem oder eines sympathischen Ödems der Arachnoidea fallen lassen. Neuerdings beschreibt Gerhardt (27) 4 Fälle von seröser Meningitis infolge von Nebenhöhlenerkrankung, darunter ein Kind. Heilung durch Operation der Nebenhöhlen, obgleich die Befunde wenigstens in 2 Fällen sehr minimale waren. Auch dieser Autor stößt auf die gleichen Schwierigkeiten bei der Erklärung.

Auch ohne derartige Lokalherde kommt es gelegentlich bei einfachen Nasopharyngitiden zur serösen Meningitis im späteren Kindesalter. Einen solchen Fall bei einem 15jährigen Kinde beschreibt Siemerling (74). Alle Erscheinungen schwerster Meningitis waren ausgeprägt, im Spinalpunktat auffällig viel Leukozyten und Lymphozyten, aber keine Bakterien.

Auffällig häufig begegnet man Berichten über Nebenhöhlenerkrankungen junger und jüngster Kinder. So bei einem 4jährigen Kinde, bei dem Kopfschmerz und Lidödem schon 2 Monate lang auf Stirnhöhlen- und Siebbeinerkrankung hinwiesen (Schlemmer (69). Als Ursache werden Angina, Ziegenpeter, Influenza u. a. angegeben, so daß nicht nur Scharlach der Hauptschuldige an dieser Erkrankung ist [van den Wildenberg (84)]. Als Folgeerscheinung sind auch subdurale Abszesse, wie früher schon berichtet, beobachtet worden (van den Wildenberg und John). Ferner ist an die Möglichkeit der Entstehung retrobulbärer Neuritis zu denken. Nach L. Meyer (49) soll das erste Zeichen eine Vergrößerung des blinden Fleckes sein und dann erst das zentrale Skotom auftreten. Umgekehrt soll man bei retrobulbärer Neuritis an Nebenhöhlen-Erkrankung denken. Wie andere Autoren vor ihm (s. frühere Referate) gibt auch Pause (56) an, daß selbst bei relativ geringen Befunden durch Ausräumung der Nasennebenhöhlen „verblüffende" Erfolge erzielt werden können. Man wird daher gut tun, bei chronisch verlaufenden Fällen von Meningitis serosa und retrobulbärer Neuritis optica eine Nebenhöhlenuntersuchung vornehmen zu lassen.

Als Nebenhöhlenerkrankung sind jedoch die Entzündungen des Oberkiefers weder bei zahngesunden älteren Kindern noch bei Säuglingen zu deuten. Es handelt sich hier vielmehr wohl stets um Osteomyelitis [Weise (83), Lessing (44)].

Als Reflexerscheinungen von der Nase aus wird von Lewinstein (47) eine anfallsweise auftretende Konjunktivitis mit Tränenträufeln und Kopfschmerzen unbestimmter Art beschrieben. Die Erscheinung geht vom anderen Teil des Septums, also dem Gebiete des Nervus ethmoidalis aus und ist durch Galvanokaustik der empfindlichen Stelle zu heilen. Sendziak (72) berichtet wieder über einige positiv durch Nasenbehandlung beeinflußte Fälle von Basedowscher Krankheit. Somit ist diese Beobachtung von den verschiedensten Seiten bereits gemacht worden. Nach Ephraims (16) Untersuchungen, über die später berichtet wird, ist ein großer Teil der Asthmafälle mit Sicherheit nicht nasogen bedingt, so daß die Anhängerschaft einer nasalen Therapie des Asthmas allmählich geringer werden dürfte.

Therapie.

Die Entdeckungen von Chiari und Januschke (38), daß die Konjunktivalschwellung auf Senföl ausbleibt, wenn Kaninchen mit Kalk vorbehandelt sind, hat der Kalktherapie des Schnupfens viele gläubige Anhänger verschafft. Abgesehen davon, daß das gleiche

Experiment ebensogut mit Salizylsäure, Antipyrin und verwandten Stoffen, ferner auch mit Adrenalin gelingt, muß hervorgehoben werden, daß die Entzündung leicht vermieden, aber die entstandene Entzündung nicht beseitigt wird (Ref.).

Von den kleinsten Dosen, die vielen genügend erschienen, ist man bald zu recht erheblichen Mengen gestiegen. So will Januschke (38) 10 bis 14 g Kalziumlaktat pro die auf nüchternen Magen verabfolgen, und zwar bei Kindern und Erwachsenen. Leider hat uns unsere Beobachtung bei Kindern, die unter starker Kalziumwirkung standen, gelehrt, daß eine sinnfällige Beeinflussung des Schnupfens stets ausblieb. Auch ein Schnupfen, der das Kind zu einer Zeit befiel, in der es 4 bis 7 g Calc. chlorat. sicc., also mindestens ebensoviel Kalk bekam, verlief in keiner Weise günstiger.

Etwas anders liegt die Frage, ob es uns nicht gelingt, durch Kalk den Heuschnupfen und andere, auf übermäßiger Reaktionsfähigkeit der Nasenschleimhaut beruhende akute Reizzustände der oberen Luftwege günstig zu beeinflussen. In der Tat stimmen Autoren, die Gelegenheit gehabt haben, ein größeres Material von Heuschnupfen zu beobachten, Emmerich und Loew (19), Januschke (38), vor allen Dingen auch der sehr vorsichtig urteilende R. Hoffmann (37) darin überein, daß länger dauernde Kalkgaben vor der beginnenden Grasblüte und gesteigerte Dosen während derselben vielen Patienten große Erleichterung schaffen. Da ich selber einen vergleichbaren Fall von Überempfindlichkeit der Nasenschleimhäute nach geheiltem Basedow beobachtet habe, so möchte ich doch zu einem Versuch in allen derartigen Fällen raten. Emmerich und Loew (19) geben von einer 20%igen Lösung des kristallisierten Chlorkalziums 3- bis 4mal täglich 1 Kaffeelöffel, und zwar jahrelang. Hoffmann (37) empfiehlt von folgendem Rezept:

Calci chlorat. cristallis.	
Calc. lact.	āā 10/0
Sir. simpl.	40/0
Aqua dest. ad	400/0

8 Tage vor der Grasblüte 3mal täglich 1 Eßlöffel, während derselben aber 2stündlich dieselbe Dosis.

Die enthusiastische Empfehlung des Salizyls zur Abortivbehandlung des beginnenden akuten Schnupfens durch Sick (73) ist sicherlich übertrieben, wie überhaupt alle an der eigenen Person der betreffenden Autoren erprobten Mittel [E. Sicks (73) Zusammenstellung] recht großes Mißtrauen verdienen. Doch ist Salizyl z. B. in der Form des Aspirins sicher geeigneter, eine Abschwellung der Schleimhaut zu erzielen und ist daher zur Behandlung akuter Nasopharyngitiden zu empfehlen (Ref.). Bei Rhinitis posterior empfiehlt es sich, die Erweiterung des verengerten Canalis choanalis durch Einträufelung einer Nebennierenextraktlösung (1 : 3000) vor dem Trinken vorzunehmen. Außerdem wird 2 Tage hintereinander 1 bis

2 Tropfen 1%iger Höllensteinlösung in beide Nasenlöcher eingeträufelt und diese Einträufelung nach dem ersten Nießen noch einmal wiederholt. Jeden dritten Tag Pause. Lautmann (43) empfiehlt für derartige Zustände, die er aber im wesentlichen als durch Adenoiden bedingt auffaßt, eine Kokain-Adrenalinsalbe (1%). Ferner soll 1 mal täglich mittels einer 1 cm^3 haltenden Spritze die Nase mit folgender Lösung berieselt werden: Kollargol 0·1 bis 0·2, Protargol 0·1 bis 0·4, Aqua dest. 20 g. Also ungefähr dieselbe Therapie.

Das mit übermäßiger Emphase empfohlene Mallebrein scheint sich als praktisches Gurgel- und Desinfektionsmittel, freilich nicht als Spezifikum gegen Tuberkulose zu bewähren. Bendix (1) empfiehlt bei rezidivierenden Anginen damit zu pinseln (5 Tropfen auf 100 g) oder vom 3. Lebensjahre an gurgeln und spülen zu lassen (8 bis 10 Tropfen auf 100 g). Ephraim (16) wischt nach Siebbeinoperationen mit 10- bis 25%igen Verdünnungen der Stammlösung die Nase aus. Bei Pyorrhoea alveolaris wischt Müller (53) das Zahnfleisch mit Mallebrein, verdünnt durch 4 Teile Glyzerin, aus. Die übliche Gurgelmischung ist 30 Tropfen auf 3 Eßlöffel lauen Wassers.

Spieß (75) und Feld versprechen sich vom Trinkenlassen von Streptokokkenserum prompte Wirkung auf fast jede Form von Streptokokkenangina, ja sogar bei Erysipel und Gelenkrheumatismus soll es nützen(!). Auch lokal wird es in Pulverform eingeblasen, oder als Brei aufgetragen. In 6 bis 8 Stunden tritt oft Entfieberung ein. Übrigens beträgt der Preis einer solchen Dose von 25 cm^3 7·20 M. Spieß (75) hofft sogar durch diese Therapie den Engadiner „Throat" zu beseitigen.

Lokale Einspritzung des Streptokokkenserums verwendete Henke (34) bei phlegmonöser Entzündung der Gaumenmandel mit Erfolg.

Bei der Angina Vincenti bedient man sich mit wachsendem Erfolge des Salvarsans in lokaler Anwendung. Die auch bei luetischen Schleimhautaffektionen und Alveolarpyorrhöen am Platze zu sein scheint. Pfeiffer (61) benutzt eine 2- bis 3%ige Neosalvarsanlösung, die er örtlich einreibt. Gerber (24) tuschiert kräftig 10 bis 15 Minuten lang mit einer 5- bis 10%igen wässerigen oder Glyzerinmischung oder taucht einen glyzeringetränkten Tupfer in das Pulver ein.

Die immunisatorische Behandlung des Heufiebers nach Wright hat im Jahre 1912 Schiffbruch erlitten. Die geringen Besserungen fallen schon deswegen nicht ins Gewicht, weil in diesem Jahre von 20 Nichtbehandelten 16 Besserung zeigten. Nützlicher ist das Mittel als Diagnostikum. Der Pollenextrakt ist in kleinen, zur Ophthalmodiagnose bestimmten Röhrchen käuflich (Lehmann, Charlottenburg, Niebuhrstraße 11a). Meist erfolgt bei 500 Einheiten erst die Reaktion, die uns erlaubt, auf Pollenüberempfindlichkeit mit Sicherheit zu schließen. Über die Kalktherapie ist oben schon das Nötige gesagt [Ellern (15)].

Die operative Beseitigung der Nasenenge durch Septumresektion hat sich leider im Kindesalter an manchen Stellen als häufige Operation eingebürgert. Trotzdem sie submukös vorgenommen wird, kommt es zu keiner Neubildung des Knorpels [Ssamoylenko (76) und v. Eicken (18)]. Nun mag es in der Tat möglich sein, daß bei sachgemäß ausgeführter Operation das Flattern des nunmehr nicht versteiften Septums von einer Nasenhälfte zur anderen nie eintritt. Viele Autoren haben aber schlechte Wirkung auf die Gestaltung der Nase bei Kindern gesehen. Die Störung, die kurz nach der Operation beobachtet wird, ist ein Nachsinken des Nasenrückens. Auch dieser Fall ist bei besonderer Aufmerksamkeit wohl künftighin zu vermeiden, aber gerade der enthusiastische Vertreter dieser Operation im Kindesalter [Heermann (36)] erlebte bei dem einzigen Kinde, das er schon vor 4 Jahren operiert hatte, ein Zurückbleiben der knorpeligen Nase im Wachstum. Es ist daher sehr wahrscheinlich, daß dieses Ereignis sich auch öfter als Spätfolge der Operation einstellen wird.

Als ganz ungefährlich kann die Operation nicht angesprochen werden. Es ist bekannt, daß Operationen an der mittleren Muschel zu eiteriger Meningitis führen können, und es ist ein Glückszufall, wenn diese Meningitis trotz sehr stark eiterigem Liquor bei einem von Reischig (64) beschriebenen 12jährigen Knaben aseptisch war. Das gleiche Vorkommnis muß auch bei der Septumresektion sich ereignen können, sobald die Lymphscheiden des Olfaktorius miteröffnet werden und 3 derartige Vorkommnisse werden von Miodowski (50) beschrieben. Als Indikation für diese Operation wird von v. Eicken (18) Asthma, behinderte Nasenatmung, häufige Nasopharyngitiden, Anginen, ferner schlechte Abflußverhältnisse bei Nebenhöhleneiterung bezeichnet. Abgesehen von der letzten Indikation, deren Diskussion nur den Fachleuten zusteht, und den Fällen extremer dauernder Verhinderung der Nasenatmung bei stärkster Septumverbiegung, dürfte wohl für das Kindesalter gegen die übrigen Indikationen Protest zu erheben sein. Wie wenig ernst die Indikationen doch sind, zeigt uns der Ausspruch von Heermann, daß er Kinder, die verständig genug sind, sich in Lokalanästhesie operieren zu lassen, operiert, Unverständige wegschickt. Da durch erweiternde Operationen die Empfindlichkeit der Schleimhäute wenigstens im Kindesalter bestimmt nicht geändert wird, so sollte diese Operation, wie es wohl die meisten Spezialärzte in der Tat tun, nur für solche Fälle reserviert werden, wo extreme Verbiegung des Septums, z. B. nach Trauma, die Nase in wirklich unerträglicher Weise verengt.

II. Der lymphatische Rachenring.

Über die Physiologie der Rachen- und Gaumenmandel liegen überraschende Versuche von Henke (34) vor. (Leider bisher nur ein Vortrag in der Königsberger medizinischen Gesellschaft.) Er spritzte Patienten, denen eine Mandel exstirpiert werden sollte,

zu verschiedenen Zeiten vor der Operation Ruß in die Nasenschleimhaut ein. Er fand diesen Ruß in der Nasenrachenmandel und in den Gaumenmandeln wieder und konnte je nach der Zeit, die seit der Einspritzung verflossen war, die Elimination durch die Saftbahn nach der Oberfläche der lymphatischen Organe verfolgen. Einzig stehen diese Untersuchungen im übrigen nicht da. Vielmehr liegen ähnliche Versuche mit Tuscheeinspritzungen von v. Lénart vor. Außerdem stimmt dies ausgezeichnet mit einer wohl von vielen Pädiatern geteilten Auffassung, daß die lymphatischen Organe bei der Nasopharyngitis sekundär erkranken. Neu ist aber, daß bei Einspritzung von Tusche in das Zahnfleisch die gleichseitige Gaumenmandel gefüllt wird. Da dies auch bei toten Katzen nachweisbar ist, müssen Lymphbahnen nach den Tonsillen zu existieren. Hierfür gibt es klinisch freilich keine Anhaltspunkte.

In weiterer Verfolgung seiner früher berichteten Untersuchungen über Größe und Form des außerhalb der Schädelhöhle im Gebiet der Nasenrachenmandel liegenden Hypophysenteils nimmt Citelli (8) an, daß eine Dysfunktion dieses Organs Aprosexie, Verminderung des Gedächtnisses, intellektuellen Torpor und Schlafsucht veranlassen kann. Heilung durch Hypophysentabletten (aus dem hinteren Lappen hergestellt von Borrough und Welcome). Adenoidenoperation bewirkt auch Heilung, ist aber durch die genannte Medikation, wenigstens nach der oben bezeichneten Richtung hin, zu ersetzen. Dieselben Erscheinungen werden auch bei anderen Erkrankungen des Nasnerachenraumes und des Keilbeines beobachtet.

Auf Grund von Untersuchungen an 229 Schülern stellt Gabrielow (23) fest, daß Wucherungen, die über die Mitte des Septums reichen, sich niemals zurückbilden. Mittelgroße, die etwa die Hälfte des Septums bedecken, bilden sich bei Kindern zwischen dem 9. und 13. Lebensjahr spontan zurück. Es folgt für die Indikation zur Operation, daß man mittelgroße, im allgemeinen nur zwischen dem 14. und 16. Lebensjahr operieren soll.

Auch das seitlich am hinteren Zungengrunde nach den Gaumenbögen zu gelegene lymphatische Gebilde kann selbständige akute Entzündungserscheinungen aufweisen [Lewinstein (48)]. Man könnte dieses Organ dann Tonsilla linguae lateralis nennen. Von hier aus können sich die Nischen zwischen den Gaumenbögen nach der Tonsillektomie von neuem mit lymphatischem Gewebe besiedeln, wenn auch eine selbständige Neubildung von lymphatischem Gewebe nach der Operation beobachtet wird [Görke (22)]. Außer den bekannten Stellen lymphatischen Gewebes wird von Imhofer (39) das lymphatische Gewebe im Ventriculus Morgagni genauer beschrieben. Der Name Larynxtonsille scheint hier wohl etwas übertrieben und es ist nach diesen Untersuchungen wenigstens schwerlich begründet, wenn von anderer Seite die subchordale Verschwellung des Kehlkopfes als Folge einer derartigen Tonsillitis aufgefaßt wird. Eine interessante Tabelle über die Entwicklung des lymphatischen Gewebes gebe ich aus der Arbeit Imhofers (39) wieder:

Entwicklung des lymphatischen Gewebes.

Lokalisation	Art		Autoren
	Diffus	Follikelbildung	
Obere Rachendecke	5.—6. Fötalmonat	im Laufe des ersten Jahres	Disse, Killian, Gradnigo
Tuba Eustachii	Neugeborene	3. Monat	W. Anton
Rachenhinterwand	8. Fötalmonat	9. Fötalmonat	Bickel
Zungentonsille	5.—8. Fötalmonat	6. Lebenswoche	Katz, Kraus, Bickel
Larynxtonsille	2 Monat post part.	2.—5. Lebensjahr	Imhofer

Therapie.

Als blutstillendes Mittel wird bei allen Operationen von Citelli (8) präventiv und therapeutisch Einspritzung von $^1/_2$ bis 1 cm³ Pituitrin (Borrough und Welcome) empfohlen. Örtel (57) gibt am Tage vor der Tonsillektomie entweder 10 cm³ Serum oder die gleiche Menge 10%iger Gelatine, am Tage selber noch 4 cm³ einer 5%igen Kochsalzlösung intravenös. Gelatine oder Serum einerseits und Kochsalz anderseits, allein angewandt, bleiben wirkungslos; Dagegen sollen 20 cm³ 20%iger Gelatinelösung allein wirksam sein.

Die Gefahrchancen bei Ausführung der Adenotomie werden von Max Levy (45) erneut einer Diskussion unterzogen. Ein eigener Fall von Meningitis und Sepsis gibt die Veranlassung hierzu. Zum Teil sind die Schädigungen schon früher in dieser Monatsschrift referiert worden (Kobrack, Burak). Neu sind 4 Fälle von Meningitis. Sie treten nach der 2. Woche post operationem auf. Ein eiteriger Schnupfen ist ihnen vorhergegangen. Gelegentlich werden gehäufte Fälle von Angina und Scharlach beobachtet. Sepsis und Septikopyämie sind in der verschiedensten Form bekannt geworden. Auch Narbenbildung zwischen hinterer Rachenwand und Velum fehlen nicht. Der Autor will damit die Unglücksfälle nicht als besonders häufig bezeichnen, aber für eine ernste Auffassung in der Indikationsstellung wirken. Auch Senator (70) beobachtete das Auftreten von Chorea nach Adenoidenoperation, übrigens auch einen Fall von Gelenksrheumatismus nach Operation an der mittleren Muschel. Vereint mit den statistischen Angaben von Levy (45) sprechen derartige Beobachtungen entschieden dafür, daß die einseitige Auffassung falsch ist, in der Tonsille den einzigen Ausgangspunkt des Gelenkrheumatismus zu sehen. Eine weitere Gefahr, besonders bei Ausführung der Adenotomie in Narkose, ist das unbemerkte

Hineingelangen exstirpierter Adenoidenteilchen in die Bronchen [Guisez (25)]. Außer einigen unsicheren Fällen von verdächtigen Bronchopneumonien beobachtete Guisez (25) folgenden Fall:

5jähriges Kind, vor 3 Wochen adenotomiert, seit 14 Tagen fötider Auswurf. Durch Bronchoskopie Entdeckung und Entfernung eines Stückes von Adenoidensubstanz.

Bei Ausführung der Adenotomie und der Tonsillenexstirpation wird, z. T. von seiten der Kinderärzte, auf Narkose gedrängt. F. Bruck hält nicht ohne Grund die Narkose für einen größeren Eingriff als die Operation selber. Daß eine Narkose, die jedesmal nach Entfernung einer der 3 Mandeln unterbrochen wird (Kafemann), gefährlicher wird als nötig, ist freilich selbstverständlich. Der 14jährige Knabe zeigte außer Resten chronischer Meningitis und einem deutlich erweiterten, schlaffen Herzen den obligatorischen Status thymico-lymphaticus. Es darf uns nur wundern, daß der letztere gerade für Nasenärzte den tödlichen Verlauf erklären soll, denn kaum eine einzige Operation, die sie im Kindesalter vornehmen, dürfte bei einem Patienten stattfinden, für den eine Sektion nicht einen Status thymico-lymphaticus aufdecken würde.

Die Äthylchloridnarkose findet in Falk (21) einen Lobredner. Freilich sind 14 sichere Todesfälle berichtet, aber Falk (21) schätzt, daß diese sich auf $^1/_2$ Million Narkosen bezögen. Doch ist diese Schätzung in jeder Beziehung anfechtbar. Er verwendet zur Narkose eine gewöhnliche Maske, also nicht die von Franzosen bevorzugte Camussche, die eine Narkose durch 1 bis 2 g ermöglicht. Sobald schnarchende Atmung eingetreten ist, nimmt er die Maske weg und beginnt mit der Operation. Inspiratorischer Stridor bei kleinen Kindern im Beginn der Narkose oder hysterisches Toben Älterer veranlaßt ihn, die Narkose bis zum Eintritt normaler Verhältnisse zu unterbrechen.

Es ist begreiflich, daß viele Operateure die Narkose vermeiden wollen. Henrici (35) spritzt 1 cm³ einer 2%igen Kokain-Suprarenin-Lösung in die Gaumenbögen ein; Brecher (5) pinselt mit 20%iger Alypinlösung, und zwar von der Nase aus. Es sei daran erinnert, daß Alypin durchaus nicht ungefährlich ist und daß man daher sparsam damit umgehen muß. Übrigens glaubt auch Henrici (35), daß die Zahl der Narkoseunglücksfälle bei Adenotomie größer ist, als man weiß.

Der radikale Standpunkt, der sich bei der Behandlung der Tonsille in Amerika breit gemacht hat, wird dort bereits energisch bekämpft und zum Teil verspottet. In Deutschland ist die Tonsillektomie nur an wenigen Stellen auf Grund weiterer Indikationen vorgenommen worden. Für eine richtige Indikationsstellung müßte zuerst festgestellt werden, welche Gefahren von der Tonsille und welche von der Operation drohen. Um das letztere gleich vorwegzunehmen, ist die Tonsillektomie keineswegs eine leichte und ungefährliche Operation. Fieber ist sehr häufig, Nachblutung ebenfalls, Phlegmonen gehören nicht zu den extremen Seltenheiten [Kuttner (41),

Stucky (80), Görke (22) u. a. m.]. Dazu kommt die Beobachtung von Kuttner (41), daß dort, wo eine Tonsillotomie technisch möglich ist, sie auch dasselbe leisten kann, wie die radikale Exstirpation.

Die Schäden, die von der erkrankten Tonsillle ausgehen, sind nach Paessler (57) außer lokalen Störungen, wie Foetor ex ore, rezidivierende Anginen und Abszesse, Otalgien usw., folgende:

Rheumatismus, Ischias, Gelenkrheumatismus und sämtliche verwandte Krankheiten, Endokarditis, Myokarditis, Perikarditis, vasomotorische Übererregbarkeit, subjektive Herzunruhe, Oppressionsgefühl, Sepsis und Pyämie, Dysurie, Nephritis, Nephrolitiasis, Tenismus, Dyspepsie, rundes Magengeschwür, chronische Opstipation, rezidivierende Appendizitis, Bronchitis, Pneumonie, Pleuritis, habitueller Kopfschmerz, Neurasthenie usw. usw.

Auch Örtel (55) speist uns damit ab, daß er eben in seinen 96 Fällen stets Erfolge gehabt hätte. Nun ist zunächst natürlich nicht zu bestreiten, daß es lokale Erkrankungen der Tonsille gibt, von denen immer wieder eine lokalisierte akute Tonsillitis oder Abszeß ausgeht und die auch schuld sein können an Nierenentzündungen [Görke (22), Kuttner (41) u. a. m.], die jedoch keine hämorrhagischen zu sein brauchen. Ob der Herd durch Tonsillotomie oder Tonsillektomie entfernt werden muß, ist eine technische, keine prinzipielle Frage. Die Frage der Einwirkung der Tonsillektomie auf die Rheumatosen wird durch ausführliches Material nirgends neu belegt und doch müßte prinzipiell von jedem Autor verlangt werden, daß er in einer so wichtigen Frage das Material zur Prüfung vorlegt, auf das er seine Schlüsse aufbaut.

Auf schwachen Füßen steht ferner die Bedeutung der latenten Tonsillarherde für die kryptogenetische Sepsis [Görke (22)]. Man darf aber nicht wie Halle (32) hiermit die foudroyanten Sepsisfälle zusammentun, bei denen eine schwere, phlegmonöse Halsentzündung den Ausgangspunkt bildet. Wieweit diese letzteren mit chronischen Tonsillenherden etwas zu tun haben, scheint erst recht fraglich (Ref.).

Aber selbst Anhänger der Paesslerschen Indikationen, wie Halle (32), geben an, daß sie in ihrem Kindermaterial sehr selten Gelegenheit zu diesen Operationen haben. Auch Piffl (63) begnügt sich bei Jugendlichen mit der alten Tonsillektomie. Kuttner (41) macht eine Kappung der Tonsille bei allzu häufig rezidivierenden Anginen und damit in Zusammenhang stehenden Nephritiden beziehungsweise auch Gelenkrheumatismus, vorausgesetzt, daß dieselbe technisch durchführbar ist und rät nur dann zur Tonsillektomie, d. h. der Radikaloperation, wenn bei dringender Indikation die Tonsille in den Gaumenbögen eingebettet und so für die erstere Methode nicht angreifbar ist. Görke (22) will vor dem 12. Lebensjahre überhaupt von der Tonsillenausschälung nichts wissen.

Gegenüber dem operativen Verfahren steht Spieß (76) auf dem Standpunkt, hypertrophische Gaumenmandeln prinzipiell konservativ zu behandeln. Höchstens entschließt er sich zur gelegentlichen Kappung. Er läßt die Krypten mittels mit Watte armierter Häkchen erst mit 5%iger Kokainlösung auswischen und darauf mit

Wasserstoffsuperoxyd die Prozedur wiederholen. Die Ausführung wird schließlich den Eltern übertragen. Der konservative Standpunkt findet bei seinen Fachgenossen lebhafteste Zustimmung.

III. Tuberkulose der Nase und des Nasenrachenraumes.

Walb betont, daß der Lupus der äußeren Nase fast stets von einer tuberkulösen Erkrankung der inneren Nase ausgeht, die aber durchaus nicht selbst Lupus zu sein braucht. Wie Körner gelegentlich eines Vortrages zusammenfaßt, unterscheiden wir 3 Formen von Tuberkulose in der Nase, die alle im vorderen Teil der Nase lokalisiert sind. Ohne innere Untersuchung wird das Leiden leicht für „skrofulöse Rhinitis" gehalten. Im vorderen Drittel des Septums finden wir eine meist stark proliferierende Form der Tuberkulose, die gelegentlich auch spontan nach der Perforation des Septums ausheilen kann. Eine diffuse Schleimhauttuberkulose entwickelt sich meist an der unteren Muschel, hat aber Tendenz, nach der mittleren Muschel fortzuschreiten. Während die erstere Form oft eine lokale Impfung durch den Fingernagel bei sonst tuberkulosefreien Menschen darstellen kann, findet sich letztere nur beim auch sonst Tuberkulösen. Die Schleimhaut ist mit einer Borke bedeckt, höckerig und gerötet. Flache, eiterige, buchtige Geschwüre entwickeln sich. Der Lupus präsentiert sich als kleine Höckerchen beziehungsweise kleine Geschwürchen am Naseneingang mit entsprechender Borkenbildung. Ein großer Teil der Nasentuberkulosefälle wird, wie Körner längst betonte, durch Jodkalium günstig beeinflußt. Es bedarf dazu nicht der sogenannten Pfannenstillschen Methode [Pfannenstill (60)]. Diese besteht darin, daß der Patient morgens nüchtern eine erhebliche Dose Jodnatrium bekommt und nun der Krankheitsherd einer Sauerstoffwirkung ausgesetzt wird, z. B. 2%iges Wasserstoffsuperoxyd wird mit 1% Essigsäure angesäuert und mit dem Spray auf die erkrankte Stelle gebracht. Die jetzt überall diskutierte Behandlung des Schleimhaut- und Hautlupus mittels Aurum-Kalium cyanatum ist wenigstens ohne gleichzeitige Tuberkulinbehandlung selbst bei diesem so oft zur Spontanheilung neigenden Schleimhautlupus ein unwirksames Mittel [Perutz und Sippel (59)].

Das Verhalten der Mandeln zur Tuberkulose wird vielfach wieder einer Diskussion unterzogen. Beim Erwachsenen wird tumorartige Rachenmandeltuberkulose auch bei sonst im wesentlichen Tuberkulosefreien beobachtet [Tiedemann (81), Brüggemann (3), Lewin (46)]. In den hypertrophischen Rachen- und Gaumenmandeln, die wegen Hypertrophie entfernt werden, findet sich stets die altbekannte Zahl von höchstens 3 bis 5% tuberkulöser Veränderungen [Piffl (63), Lewin (46)], Wood (85). Die Bedeutung dieser Fälle ist noch wenig geklärt. Trautmann möchte darauf die käsigen Halsdrüsen im allgemeinen beziehen, auch wenn der anatomische Nachweis der Tuberkulose mißglückt. Anderseits fand Piffl (64) nur bei 27% der Fälle mit tuberkulöser Veränderung der Rachenmandel tuberkulöse Symptome. Weitere Kenntnisse über das Schicksal

derjenigen Kinder, bei denen durch Zufall in der Rachenmandel tuberkulöse Veränderungen gefunden worden sind, täten uns sehr not. Einen sehr interessanten Fall von direkter Fortleitung der Tuberkulose auf dem Drüsenwege beschreibt Wood (85). Eine inkonstante Drüse an der Vereinigung der Vena subclavia und Jugularis interna war von den Halsdrüsen aus infiziert und abszediert. Direkter Durchbruch nach Pleura-Verklebungen in die linke Lungenspitze (9jähriges Mädchen).

Als Rarität beschreibt Chancellor (10) ein tuberkulöses Geschwür auf der Tonsille bei einem 9jährigen Kinde. Referent beobachtete kürzlich eine höckerige Infiltration des gesamten Gaumensegels bei einem mit chronischer Lungentuberkulose behafteten $^3/_4$jährigen Kinde.

Zum Teil nur hierher gehörig, aber doch wichtig genug ist folgender Fall: Bei einem 15jährigen Jungen, der schon wiederholt wegen tuberkulöser Halssymptome in Behandlung war, war die intrakutane Tuberkulininjektion von anderer Seite vorgenommen worden. Dosis nicht mehr ganz genau festzustellen, doch hat der Knabe wohl sicher nicht mehr als höchstens $^1/_{10}$ mg bekommen. Bei der Einlieferung ins Krankenhaus am 3. Tage Gangrän an Nasenspitze und Zehen und einige kleine gangränöse Flecken. Ausgang in Heilung trotz schwerster Allgemeinerscheinungen [Müller (53)].

IV. Tiefere Luftwege und Ösophagus.

Girdlestone sah bei einem 13jährigen Knaben innerhalb von 14 Tagen eine akute Vergrößerung der Schilddrüse auftreten, die zur Dyspnöe führte. Eine neue Form von angeborener Halsfistel fand Hermann Kuttner (41). Der Fistelgang begann vor dem Kopfnicker und endete im äußeren Gehörgang. Auf Grund eines Urteils von Klaatsch wird sie als Rest der ersten Kiemenspalte gedeutet. Pädiatrisch interessant sind die verschiedenen Berichte über die akute Schwellung des Kehlkopfinnern. Zunächst hebt Berthold-Müller (51) hervor, daß nach vorübergehendem Fremdkörperreiz eine Schwellung bestehen bleibt, die zur Tracheotomie nötigen kann.

Bemerkenswert scheinen folgende Fälle:

1. Bei einem $1^1/_2$jährigen Jungen ohne sichere Ursache plötzlicher Erstickungsreiz. Tracheotomie. Wegen Verdacht eines Fremdkörpers Laryngofissur. 5 Tage später. Glottis und Subglottis waren auch jetzt noch ohne Ursache geschwollen.

2. Bei einem 10jährigen Jungen am Tage vorher leichte Schmerzen beim Schlucken. Am Operationstage morgens Pharyngitis mäßigen Grades, Schmerzen beim Schlucken, Erbrechen, Würgreiz. Linke Zungen und Kehlkopfhälfte schmerzempfindlich. Abends dyspnoische Anfälle, Schwellung und Rötung beider Aryknorpel. Links setzt sich die Schwellung bis auf das Stimmenband fort. Inzision des linken Augknorpels. Besserung der Stenose. Nachts Exitus unter Kollapserscheinungen ohne Stenose. Sektionsbefund: Im Rachen alle Lymphgebilde hypertrophisch, die Thymus makroskopisch nicht vergrößert, mikroskopisch Markhyperplasie. Rechts Fragmentatio cordis. Erweiterung des linken Ventrikels.

Der Leichenbefund ist also wirklich nicht derart, daß man ihn als besonders bemerkenswert bezeichnen dürfte, wiewohl der Autor den tödlichen Verlauf hierdurch erklären möchte.

Der 3. Fall betrifft ein 2jähriges Kind, das 3 Monate nach einer Kehlkopfdiphtherie unvorhergesehen plötzlich starb. Dasselbe hatte lange nach der Diphtherie noch mit Herzschwäche zu tun und das Dekanulement war erst vor kurzer Zeit gelungen. Die Sektion ergibt diesmal wirklich alle Befunde eines Status lymphaticus. Im letzteren Fall soll dieser ebenfalls den Tod erklären. Im übrigen hat Referent einen ebenso foudroyant verlaufenden, wie den 2. Fall beobachtet, bei dem zufällig keine Möglichkeit vorlag, daraus einen Status thymico-lymphaticus zu konstruieren. Brandenburg (4) berichtet dann über einen 3jährigen Knaben, der zum zweitenmal wegen subchordaler Laryngitis tracheotomiert werden mußte. Wegen erschwerten Dekanulements Laryngofissur, Exstirpation der Wülste unterhalb der Stimmbänder, Exstirpation von Granulationen am unteren Ende der Kanüle. Nun erfolgt Atemstillstand. „Deswegen" Thymusexstirpation; dabei durch Einreißen einer Pleura Pneumothorax. Das Kind bleibt trotzdem leben. Durch Bolzenbehandlung des Kehlkopfs gelingt es schließlich das Dekanulement. Man sieht aus der Auffassung der Krankheitsbilder, daß die Lehre vom Status thymico-lymphaticus, wie leider übrigens auch sonst häufig, dahin geht, daß das so banale Vorkommen eines oder mehrerer anatomischer Befunde genügt, um jeden Unglücksfall zu erklären. Wie gefährlich diese Anschauung wirkt, zeigt der letzte Fall. Brandenburg stellt 3 Grade der Laryngitis subchordalis auf. 1. Pseudocroup, 2. dauernde Schwellung, die die Tracheotomie eventuell verlangt, 3. Fortbestehen der Schwellung auch nach der Tracheotomie. Da nach Zimmermann bei der Exstirpation der Wülste ein Rezidiv doch erfolgen kann (s. Bd. II, Lit., S. 292) und das Dekanulement dadurch nicht erleichtert wird, wäre wohl die Zweckmäßigkeit der Exstirpation in Frage zu ziehen.

Kurz sei darauf hingewiesen, daß Killian (40) in Verfolgung des Kirsteinschen Verfahrens die sogenannte Schwebelaryngoskopie ausgebildet hat. Der Kopf des Patienten hängt sozusagen am Zungenspatel. Es ist im übrigen wesentlich nur eine Operationsmethode.

Für plötzliche Anfälle von Erstickung empfiehlt Alfred Denker (13) die Interkrikothyreotomie. Ein besonders geformtes Stilett wird transversal durch das Ligamentum krikothyreoideum eingestochen und durch die Öffnung eine besonders geformte Kanüle eingeführt. (Besteck bei Baumgartel, Halle, Steinstraße 17.) Die Methode bezweckt nur eine vorläufige Nothilfe. Die Tracheotomie wird dadurch nicht umgangen.

Zwei neue Inhalationsapparate werden für Heiserkeit, Asthma und Katarrhe der Kinder empfohlen: Von Meyerhofer der von Reismann und Wenzel konstruierte Apparat zur Einatmung von Kochsalzrauch, von Elsässer ein Heißluftinhalator, bei dem auch Medikamente zugesetzt werden können. (Med. Warenhaus in Berlin.)

Ephraim (16) findet bei Asthma bronchiale auch in der Zwischenzeit eine deutlich nachweisbare chronische Entzündung da, wo klinische Erscheinungen fehlen. Wenn er bei der Bronchoskopie Adrenalin einstäubt, so zeigt sich nur bei Asthmatikern ein graues, zähes Sputum, in dem Pfröpfe suspendiert sind, die sich fast ausschließlich aus flimmernden Bronchialepithelien zusammensetzen. Ein nasales Reflexasthma hat er bisher nicht beobachtet, bringt aber in Erinnerung, daß Quincke bei Reizung der Bronchialschleimhaut durch Lungenfisteln Empfindungen in den obersten Luftwegen hat eintreten sehen, so daß auch ein Weg von den Bronchen zur Nasenschleimhaut in nervöser Beziehung besteht. Für Ephraim (16) scheint der Grund des Asthmas eine Steigerung des beschriebenen Katarrhs zu sein, der eine entzündliche und spastische Reaktion hervorruft. Er warnt auch vor Überschätzung einer rein psychischen Auffassung des asthmatischen Anfalles. Glänzend sind seine Erfolge mit lokaler Bestäubung der Bronchen mit Adrenalinlösung. Adrenalininhalation wirkt weniger, etwas mehr subkutane Injektion.

Zwei Fälle von Ösophagusspasmus werden berichtet: 1. 7jähriges Mädchen, bald nach der Geburt Erbrechen, enorme Erweiterung des Ösophagus. Nach 4wöchiger Behandlung Wismut, Schatten viel schmäler, Sondierung normal. Subjektive Heilung (Krause)[1]). 2. 5½jähriger Junge, der stets sehr schlecht ißt, so daß er sehr im Wachstum zurückblieb, „deswegen" Adenoidenoperation, dann richtet sich erst der Verdacht darauf, daß das Kind schlecht schlucken kann. Dicht oberhalb der Kardia der Wismutbrei nur in nadeldickem Strahle nach dem Magen zu sich bewegend. Kein entsprechendes Hindernis bei der Sondierung. Prognose angeblich infaust. Es ist damit wohl nachgewiesen, daß der gewöhnliche Kardiospasmus des Säuglingsalters ohne Behandlung gelegentlich bis ins spätere Kindesalter sich fortsetzen kann [Navratil (54)].

Otologie.

1. **Alexander.** Die Reflexerregbarkeit des Ohrlabyrinthes an menschlichen Neugeborenen. Zeitschr. f. Psych. u. Physiol. der Sinnersogane, 1911.

2. **Derselbe.** Die Fürsorge für taubstumme Kinder vor dem schulpflichtigen Alter. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1912, S. 487.

3. **Alexander G.** Zur Kenntnis der akuten otogenen Meningoenzephalitis. Arch. f. Ohrenheilk., Bd. LXXXIX, S. 255.

4. **Derselbe.** Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1913, S. 872.

5. **Alberti** und **Glns.** Typhusbazillenbefund im Warzenfortsatz. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXIX, S. 64.

6. **Alberti.** Zur Bakteriologie der akuten Mastoiditis. Arch. f. Ohrenheilk., Bd. XCII, S. 111.

7. **Boenninghaus.** Beitrag zur Kenntnis der Meningitis serosa acuta. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXX, S. 23.

8. **Busch.** Kasuistischer Beitrag zur Ertaubung nach Scharlachotitis. Passow, Beiträge, Bd. VI, S. 331.

[1]) Med. Klinik, 1913, S. 516.

9. **Beck O.** Otiatrische Indikationen und Kontraindikationen für Salvarsanbehandlung bei Syphilis. Münchener med. Wochenschrift, 1912, Nr. 35.

10. **Derselbe.** Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1913, S. 874.

11. **Bénesi.** Ein Beitrag zur Diphtherie des Mittelohrs. Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 37.

12. **Brock.** Über die Frage der Labyrintheiterung. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXVI, S. 267, Bd. LXVII, S. 1.

13. **Doering.** Über das Vorkommen von Meningokokken im Ohreiter. Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 36.

14. **Ephraim.** Über die Anwendung des chlorsauren Aluminiums in der Ohren- und Nasenheilkunde. Passow-Schäfer, Bd. IV, H. 4/6.

15. **Fließ** und **Glaser.** Über Säuglingspyelitis und Otitis media. Deutsche med. Wochenschr., 1913, S. 1464.

16. **Grossmann.** Mittelohreiterung und amyloide Degeneration. Passows Beiträge, Bd. VI, S. 252.

17. **Görke.** Über die Entstehung meningealer Tuberkulose vom Ohr aus. Verhandlungen der deutschen otologischen Gesellschaft, Stuttgart, 1913 (Fischer, Jena).

18. **Haymann Ludwig.** Experimentelle Studien zur Pathologie der akutentzündlichen Prozesse im Mittelohre. Arch. f. Ohrenheilk., Bd. XCII, XCIII, XCV.

19. **Holmgren Gunnar.** Über Otitis media perforativa bei Scarlatina. Statistische Studien. Arch. f. Ohrenheilk., Bd. XC.

20. **Hirsch.** Influenzabazillen bei Erkrankungen des Ohres. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXV., S 193.

21. **Hofer Ig.** Beiträge zur pathologischen Anatomie des Ohres bei kongenitaler Syphilis. Arch. f. Ohrenheilk., Bd. XC, S. 117.

22. **Koeppe.** Ohrtupfer. Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 48.

23. **Kopetzki.** Untersuchungen über die Beziehungen gewisser Gewebsreaktionen zur Frühdiagnose und chirurgische Behandlungsweise der Meningitis. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXVIII, S. 1.

24. **Kotz.** Zur Frage der Heilbarkeit der otogenen Meningitis. Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 52.

25. **Kutvirt.** Über das Gehör Neugeborener und Säuglinge. Passow-Schäfers Beiträge, Bd. V, Heft 4.

26. **Lüders.** Die syphilitische Mittelohrentzündung. Deutsche med. Wochenschr., 1913, S. 225.

27. **Lange.** Beiträge zur pathologischen Anatomie der tuberkulösen Labyrintherkrankungen. Passows Beiträge, Bd. VI, S. 17.

28. **Lang Johann.** Bericht über die 1887 bis 1912 ausgeführten Aufmeißelungen des Warzenfortsatzes. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXVII, S. 253.

29. **Derselbe.** Die nicht eitrigen Erkrankungen des Vestibularapparates. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1913, S. 1342.

30. **Lewin.** Über Neuritis acustica toxica usw. Ebenda, S. 193.

31. **Lewin Leo.** Über kongenitale Atresie des äußeren Gehörganges. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1913, S. 927.

32. **Manasse Paul.** Zur Lehre von der plötzlichen Ertaubung bei Scharlachotitis und zur Kenntnis der serösen Otitis interna. Arch. f. Ohrenheilk., Bd. LXXXIX, S. 146.

33. **Mygind.** Totale Taubheit und Meningitis cerebrospinalis. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXVIII, S. 280.

34. **Derselbe.** Diffuse eitrige Meningitis mit Bakterien freier Lumbalflüssigkeit. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1913, S. 1196.

35. **Max.** Polyneuritis des Acusticus und Facialis nach Scharlach. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1912, S. 853; Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXVII, S. 381.

36. **Mayer O.** Ein Fall von geheilter otogener Meningitis. Monatsschrift f. Ohrenheilk., 1913, S. 1116.
37. **Meyer J.** Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXVII, S. 75.
38. **Nager.** Zur Kenntnis der Influenzataubheit. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1913, S. 941.
39. **Neumann.** Akute eitrige Labyrinthitis bei akuteitriger Mittelohrentzündung. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1913, S. 695.
40. **Ruttin.** Die diffuse Labyrinthentzündung bei der genuinen akuten Otitis. Monatsschr. f. Ohrenheilk., S. 649.
41. **Derselbe.** Traumatische Deviation conjugée nach rechts mit Blickparese nach links. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1912, S. 25.
42. **Derselbe.** Weitere Mitteilung zur Lehre der serösen Labyrinthitis. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1912, S. 233.
43. **Derselbe.** Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1913, S. 28.
44. **Derselbe.** Akute Otitits media, intradurales Hämatom. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1913, S. 491.
45. **Streit Hermann.** Weitere Beiträge zur Histologie und Pathologie der Meningitis und Sinusthrombose. Arch. f. Ohrenheilk., Bd. LXXXIX, S. 177.
46. **Storath Emil.** Über die Beziehungen der Friedländerotitis zur Kapselkokkenotitis mit einem neuen Fall von Otitis media acuta durch Bacterium pneumoniae Friedländer verursacht. Arch. f. Ohrenheilk., Bd. LXXXIII, S. 59.
47. **Smurło.** Über die unter der Form gewöhnlicher Eiterung verlaufende Diphtheritis des Mittelohres. Ref. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1913, S. 1207.
48. **Schoetz.** Arch. f. Ohrenheilk., Bd. LXXXVI, H. 3/4.
49. **Thies Karl** und **Thies Fritz.** Operative Behandlung der chronischen Mittelohreiterung durch Freilegung der erkrankten Mittelohrräume vom äußeren Gehörgange aus. Arch. f. Ohrenheilk., Bd. LXXXIX, S. 137.
50. **Uffenorde.** Zur Klinik der Eiterungen des Ohrlabyrinthes. Kabitzsch, Würzburg, 1913.
51. **Urbantschitsch.** Der Einfluß der otogenen Erkrankungen auf die Blutgerinnung. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1912, S. 1144.
52. **Voorhees.** Über Ohrsyphilitis. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. LXVIII, S. 227.
53. **Zange.** Über Friedländer-Otitis media. Arch. f. Ohrenheilk., Bd. LXXXIX.
54. **Zemann.** Zur Kenntnis des Streptococcus mucosus ibid. Bd. LXXXXII, S. 74.

I. Zur Physiologie.

Die Funktion des Labyrinthes läßt sich schon in den ersten Lebenstagen nachweisen. Alexander (1) fand, daß sich der normale Drehnystagmus bei reifen und unreifen Säuglingen spätestens innerhalb der ersten Woche entwickle, und zwar bei Frühgeborenen später. Auch das Hörvermögen konnte Kutvirt (25) schon in den ersten Lebensstunden vielfach feststellen, wenn es auch öfter fehlt. Bei 78% erzielte er in den ersten Tagen und Lebenswochen beim Anschlage der Stimmgabel Reaktion im Wachen und im Schlafen. Gerade bei Neugeborenen scheint die Prüfung im Schlafe besonders geeignet, nur nicht in der ersten halben Stunde des Schlafes, in der er noch zu tief ist. Die Zahl der Kinder, bei denen trotz der exakten Bemühungen des genannten Autors eine Reaktion nicht nachweisbar war, ohne daß pathologische Zustände dies erklärten, ist immerhin

zu groß, um aus einem negativen Befunde Schlüsse ziehen zu können. Positive Befunde können vorgetäuscht werden durch tiefe Töne, bei denen die Schwingungen als Erschütterung empfunden werden.

Canestrini[1]) prüfte auf Hörvermögen, indem er Veränderungen an Atmung und Hirndruck kurvenmäßig aufzeichnen ließ. Er hatte jedoch in den ersten 14 Tagen bei Stimmgabel, Harmonika und menschlicher Stimme häufig Versager, namentlich bei Schlaf und Erregung, was ja zu dem von Kutvirt (25) Angegebenen stimmt. Reaktion konnte er freilich erzielen, aber die angewandten Mittel sind nicht mehr einwandfrei (z. B. Kinderpistole). Zu unterscheiden von der einfachen Hörreaktion ist das lokalisierende Hören. J. Meyer (37) fand, daß das Blicken nach der Schallquelle frühestens in der 7. Woche, sonst bei gesunden Säuglingen meist im 3. bis 4. Monat, bei kranken später beobachtet wird. Falta sah jedoch auch bei einem gesunden Kinde diese Reaktion erst im 7. Lebensmonat. Zuzustimmen ist der Ansicht von Nadoleczny, daß das Blicken nach der Schallquelle nicht allein abhängig ist von dem Grade des Reizes, sondern auch davon, ob das Kind für die Art des Schallreizes sich interessiert. (Bekannte Stimme usw.) Übrigens gibt es auch wie im späteren Leben schon sehr früh mehr optisch und mehr akustisch interessierte Menschen.[2])

II. Äußerer Gehörgang und Mittelohr.

Das Bacterium coli verschuldet nach Walb rezidivierende Erkrankungen des äußeren Gehörganges, die auch von hämorrhagischer Trommelfellentzündung begleitet sein können.

Die angeborene Atresia des äußeren Gehörganges kann nur dann Gegenstand einer Operation sein, wenn das Gehörvermögen stark herabgesetzt ist. In solchen Fällen aber gelingt es, durch die von Scheibe zuerst angegebene Methode einer Gehörgangplastik das Gehör namentlich dann sehr zu verbessern, wenn eine Paukenhöhle vorhanden ist. Aber auch selbst wenn diese gänzlich fehlt, ist, wie Lewin [Petersburg] (31) zeigt, ein wesentlicher Nutzen zu erzielen.

Es wird versucht, aus der Art der Lokalisation der Mittelohrentzündung die Prognose abzuleiten. Cohnstaedt[3]) unterscheidet eine epithympanale und mesothympanale Mittelohrentzündung. Bei der ersteren finden wir den hinteren oberen Quadranten stark gewölbt und gegen die Gehörgangswand schlecht abgrenzbar. Ein Drittel aller dieser Fälle führten zu Knochenoperationen. Bei der mesotympanalen Form ist die Zeichnung des oberen Qua-

---

[1]) Canestrini, Über das Sinnesleben der Neugeborenen. Springer, 1913.

[2]) Göppert, Nasen-, Rachen- und Ohrenerkrankungen im Kindesalter. Springer, 1914, S. 93.

[3]) Zeitschr. f. Ohrenheilk., XLIX, S. 210.

dranten schärfer erhalten, der hintere untere Quadrant vorgewölbt, beziehungsweise das ganze Trommelfell gebläht. Angeblich sieht man den üblen Verlauf auch bei primärer hämatogener Mastoiditis. Ob letztere Erklärung nicht mehr eine Hypothese ist, um das gutartige Trommelfellbild trotz des Knochenprozesses zu erklären, möge dahingestellt bleiben. Sicher ist jedenfalls, daß diese beiden speziellen Bilder gute Anhaltspunkte für die Beurteilung der Natur der Erkrankung geben. Zwar scheint es (nicht nur dem Referenten) fraglich, ob die Lokalisation der Otitis media in beiden Fällen eine verschiedene ist. Sicher aber beweist die Zeichnung am oberen Quadranten eine starke Schwellung der Schleimhäute und zeigt den ernsteren Prozeß an.

Haymann (18) hat experimentell versucht, verschiedene wichtige Fragen aus dem Gebiete der Mittelohrpathologie zu lösen. Er infizierte das Mittelohr von Meerschweinchen mit Bakterien. Der Ablauf des akuten Mittelohrprozesses erweist sich hauptsächlich von Art, Virulenz und Menge der eingebrachten Bakterien abhängig. Andere Momente, wie anatomische Verhältnisse, Sekretretention usw., spielen keine gleich maßgebende Rolle. Auch für die Entstehung von Labyrintherkrankung sind die ersteren Faktoren maßgebend, wie denn auch bei akuter Mittelohrentzündung des Menschen bei geöffnetem Trommelfell z. B. schon am 2. bis 5. Krankheitstage Labyrinthitis auftreten kann [Neumann (39) und Ruttin (40 u. 42)]. Auf die Menge von interessanten Einzelheiten der ausgedehnten Arbeit einzugehen, ist hier nicht der Platz. Von besonderem Interesse ist aber noch, daß je nach Art der verwendeten Bakterien Krankheitsbilder entstanden, die mit denen des Menschen direkt vergleichbar sind.

Streptokokkeninfektionen zeigen Neigung zur Trombosierung in den Schleimhautvenen, relativ häufig Neigung zur Allgemeininfektion.

Bei der Infektion mit Streptococcus mucosus fand sich ein auffälliges Nebeneinander von fortgeschrittenen Heilungsvorgängen und bakterienhaltigen Eiterherden. So würden sich die häufigen bösartigen Rückfälle, die diese Bakterien beim Menschen verursachen, erklären. Relativ gutartig wie beim Menschen sind die Pneumokokkenotitiden, die ja auch im Säuglingsalter überwiegen [Brieger, Preysing, Alberti (6)]. Bei Diphtherieinfektion finden wir wie beim Menschen [s. neuerdings Szmurło (47)] neben den pseudomembranösen Erkrankungen einfach eiterige Prozesse.

Die Infektion mit Streptococcus mucosus zeichnt sich dadurch aus, daß nach einem langen Prodromalstadium mit geringfügigen Erscheinungen plötzlich schwere Komplikationen auftreten. Mitunter ist die Mastoiditis wenigstens klinisch primär (siehe diese Monatschr., Bd. XI, Literatur S. 295). Zemann (54) fand etwa in der Hälfte der Fälle diesen Verlauf, während die anderen sich nicht besonders charakterisierten. Ebenso denkt Alberti (6). Unter der Zahl der akuten Mittelohrentzündungen findet sich der Mukosus in zirka 13·9%. Einen ähnlichen Verlauf schreibt Storath (46)

der Friedländer-Otitis zu. Noch bösartigere Fälle dieser Krankheit schildert Zange (53): Schleichender Anfang, schleimiges, fadenziehendes Sekret, das fast ganz aus Friedländer-Bakterien besteht. Mit oder ohne Knochenkomplikationen kommt es zur Meningitis. Die Fälle sind jedoch sehr selten. 2 kleine Tabellen mögen die Häufigkeit der verschiedenen Infektionserreger wenigstens für diejenigen Fälle zeigen, die zur Warzenfortsatzaufmeißelung kamen.

Bakterienbefund bei akuter Mastoiditis.

In Reinkultur	Alberti[1])	Lang[2])	Lang
	in Prozenten		chronisch
Streptococcus pyogenes . .	57·9	62	12 Fälle
Pneumokokkus	9·5		
Mukosus	3·9	3	
Influenza	2·4		
Staphylococcus albus . . .	3·1	8	
Staphylococcus aureus . . .	1·75		
Coli	0·7	3	3 Fälle
Proteus	—	—	3 rein, 4 gemischt
Alkaligenes	0·31		
Friedländer	—		
Typhus + Pneum.	0·35		
Streptokokkus, gemischt .	3·8	10	3 Fälle
Proteus	0·70		4 Fälle
Mukosus + Staphylokokkus .	0·35		
Staphylokokkus, gemischt	—	10[3])	
Steril	13·34		

Beim Säugling überwiegt, wenigstens in nicht operierten Fällen jedoch der Pneumokokkus. Kokowzow fand in 73 Fällen von Mittelohrentzündung 63mal den Pneumokokkus und nur 10mal Streptokokkus. In 50% der Fälle war die Highmors-Höhle bei der

[1]) Von 286 Fällen.
[2]) 61 akute, 27 chronische Fälle.
[3]) Mit Pneumokokkus, Coli, Septatus gemischt.

Sektion erkrankt, meist Pneumokokken-Infektion. Die sich hieraus ergebende Parallele für die Erkrankung von Mittelohr und Nebenhöhlen beim Kachektischen haben wir schon in früheren Befunden gegeben. Alberti (6) kommt im allgemeinen zu dem Urteil, daß weniger der Erreger, sondern der Kranke maßgebend ist, wenn auch keineswegs, wie alles Angeführte zeigt, der Erreger als gleichgültig betrachtet werden darf.

Der Influenzabazillus ist bei Influenzaotitis relativ selten. 4 Fälle bei jungen Kindern zeigten ihn jedoch. Sie gehörten einer kleinen Epidemie an [Cesar Hirsch (20)]. Eine besondere Verlaufsart wurde nicht beobachtet. Angeführt sei jedoch ein Fall von Nager (38.)

5jähriges Kind, an Angina erkrankt, am 2. Tag Hirnhautentzündung, am 3. ertaubt, gestorben in der 6. Woche. Im Lumbalpunktat Influenzabazillen, die von der Hirnhaut aus induzierte Interna zeigte, wie bei Genickstarre neben Eiter schon Neubildung von Bindegewebe und Ossifikation.

Auch der Typhusbazillus ist selten schuld an der Mittelohrentzündung bei Typhus; wie auch frühere Autoren vermißten Alberti und Gins (5) ihn in 10 Fällen, fanden ihn jedoch bei einer Mittelohrentzündung am 12. Tage der Erkrankung im Eiter des Magenfortsatzes.

Das Zusammentreffen von Säuglingspyelitis mit Otitis media ist gewiß nichts Seltenes. Ich habe an anderer Stelle auf den Zusammenhang mit Erkrankung der oberen Luftwege in dieser Kombination hingewiesen. Aber es ist nicht bewiesen, daß die Mittelohrentzündung hierbei die beherrschende Rolle spielt, vorausgesetzt, daß es sich nicht um eine wirklich schwere Erkrankung dieses Organs handelt. Auch die Fälle von Glaser und Fließ (15) beweisen nichts. Wunderbar mutet die Vorschrift an, daß man auch bei leichter Rötung des Trommelfelles parazentesieren soll. Wenigstens finde ich in derartigen Fällen bei Druck mit größter Wahrscheinlichkeit ein weißes Trommelfell. Diese Farbe und die Form müssen Grund zur Inzision sein. Die Behandlung der Pyelitis wird durch die Parazenthese nicht erspart.

III. Komplikationen der Mittelohrerkrankung.

E. Wolff unterscheidet nach Kümmel unter den vom Ohr ausgehenden septischen Allgemeinerkrankungen eine sogenannte Toxinämie, bei der es sich wesentlich nur um Resorptionserscheinungen, nicht um Verbreitung der Bakterien im Blut handelt. Sie findet sich fast nur bei schweren Knochenprozessen und Sinuserkrankungen. Das Fieber remittiert stark, aber es fehlt der Schüttelfrost, der immer ersteres anzeigt. Bei Säuglingen kann jedoch Bakteriämie auch ohne Schüttelfrost bestehen. Im allgemeinen dürfen die Fälle von Toxinämie als prognostisch günstig gelten.

Im Vordergrund des Interesses scheint diesmal die akute Labyrinthitis als Folge akuter Mittelohrentzündung zu stehen.

[Brock (12), Ruttin (42), Neumann (39)]. Sie ist in einem Teil der Fälle perakut und eiterig.

10jähriger Knabe, an Otitis media erkrankt am 26. September. Am 28. nicht ganz klar, 29. verwirrt. 4. Oktober Tod an Meningitis.

Die Eiterung war hier durch beide intakte Fenster auf das Labyrinth übergegangen, ein Vorgang, der besonders von Uffenorde (50) betont worden ist, den aber auch Haymann (18) bei einzelnen seiner Tiere nachweisen konnte. Im allgemeinen sind die Fälle, die in den ersten Tagen auftreten, wahrscheinlich nicht eiterig, verschonen zum mindesten zum Teil den statischen Apparat. Viele, aber nicht alle zeigen auch Wiederkehr des Gehöres.

Die diffuse Erkrankung des Labyrinthes bei akuter Mittelohrenzündung gruppiert Ruttin (40) nach der Zeit ihres Auftretens. Erstens im Stadium des serösen Exsudates der Otitis media. Zweitens im Stadium der Eiterung kurz nach dem Durchbruch, drittens eine Woche und später nach der Perforation. Bei Gruppe 1 und 2, namentlich wenn die oben angegebenen Kriterien zutreffen, meist serös. Die Unterscheidung ist deswegen wichtig, weil die eiterige Form außerordentlich bösartig ist und daher viele zur Vermeidung der Meningitis sofort operieren [Ruttin (40), Alexander (3 u. 4)], während andere (Uffenorde usw.) abwarten oder nur die Operation ausführen, die auch sonst indiziert ist, und schließlich wieder andere (Brock 12) ruhig abwarten, wenn sie aber durch sonstige Eiterprozesse zur Operation gezwungen sind, dann auch gleich das Labyrinth operieren. Bei bestehender Meningitis wird bekanntlich meist das schuldige Labyrinth eröffnet. Bei Freilegung des inneren Gehörganges wirkt dieser dann als Drain und es wird die Idee ventiliert, ob eine Heilung durch Durchspülung des Duralsackes von einem Lumbalstich aus befördert werden kann. Möglich ist die Durchspülung jedenfalls (Uffenorde).

Die Spinalflüssigkeit ist für die Beurteilung der Hirnprozesse natürlich von besonderer Wichtigkeit, Kopetzki (23) hat sehr interessante Untersuchungen über die Alkaleszenz der Zerebrospinalflüssigkeit und über das Vorkommen von Cholin im gesunden und kranken Zustande angestellt. Leider sind die Methoden so mangelhaft angegeben, daß die Kritik unmöglich ist. Die Bedeutung des Zuckers als Zeichen, daß keine Bakterien vorhanden sind, ist zweifellos von großer Wichtigkeit. Sie zeigt oft den Übergang der serösen Meningitis in die eiterige an, doch ist nach meinen Erfahrungen wohl das Verschwinden, aber nicht das Fehlen von Bedeutung.

Nach Knick ist bei allen Mittelohrerkrankungen, auch bei unkomplizierter Labyrinthitis, keine Zell- und Eiweißvermehrung vorhanden, oder, wenn sie vorhanden ist, zeigt sich früher oder später eine Hirnhautkomplikation. Leptomeningitis ist schon bewiesen: 1. Bei klarem, sterilem Punktat, geringer Eiweißvermehrung, geringer Lymphozytose oder Leukozytose (nach Kopetzki 8 Zellen im Kubikzentimeter). 2. Leicht getrübtem Liquor, der aber bakterienfrei ist. 3. Eiter und Bakterien. Ob Punkt 1 wirklich so ein-

wandfrei eine praktisch bedeutsame Leptomeningitis beweist, erscheint äußerst fraglich.

Bekanntlich wird vielfach eiterige Punktionsflüssigkeit erhalten bei allen möglichen, in der unmittelbaren Nähe der Meningen liegenden eiterigen Prozessen, ohne daß diese letzteren erkrankt sind. Es wurden daher Fälle mit derartigem Spinalpunktate nicht als diffuse Meningitiden angesprochen. Mygind (33) zeigt, daß jedoch selbst bei der intensivsten eiterigen Meningitis das Spinalpunktat Eiter, aber keine Bakterien zu enthalten braucht, die Regel also nicht ohne Ausnahme ist.

Einige hierher gehörige Krankheitsbilder sind kurz zu erwähnen. Alexander (3) bezeichnet als akute Meningo-Enzephalitis eine Meningitis mit Schwellung der oberflächlichen Hirnpartien. Sie verläuft erstens unter dem Typus der serösen Meningitis, zweitens aber unter eiterig getrübtem, bakterienfreiem Exsudate. Übergang zur eiterigen, infektiösen Meningitis denkbar. Heilung durch Entfernung des erkrankten Knochenherdes. Experimentell gelang es Hermann Streit (45), Verständnis für diesen Prozeß zu schaffen. Wenn er die Dura außen infizierte, kam es zu einer Pachymeningitis interna; der Subduralraum blieb stets fast bakterienfrei; die gegenüberliegende Leptomeninx entzündet sich aber leicht fleckförmig, ohne daß Bakterien nachweisbar wären. Im Gegensatze zu dieser angeblich wesentlich die Hirnkonvexität betreffenden Meningitis ist die Meningitis serosa ventricularis extrem selten. Einen solchen Fall, der dank der Heilung der Durafläche durch Operation sehr gut zu beobachten war, beschreibt Boenninghaus (7). Bei außerordentlich geringer Mittelohrerkrankung wenige Stunden nach den ersten bemerkbaren Schwindelanfällen plötzliche Bewußtlosigkeit. Das operativ freigelegte Gehirn pulslos, blaß, trocken und von guter Konsistenz. 4 Tage nach der Operation plötzlich enormer Abfluß von Liquor. Verf. nimmt eine spontane Lösung eines Ventrikelverschlusses an.

Differentialdiagnostisch von der Meningitis zu trennen ist das Krankheitsbild der nichteiterigen Enzephalitis nach Oppenheim (F. Voß).

8jähriger Knabe, chronische eiterige Otitis media, plötzlich Temperaturanstieg bis 40. Erbrechen, Bewußtlosigkeit, allgemeine Krämpfe, Nackenstarre, Fazialis-Parese, Augenhintergrund normal, kein erhöhter Druck des klaren Liquor cerebrospinalis, keine Zellvermehrung, keine Mikroorganismen, Abfall der Temperatur in 4 Tagen auf 37·2. Rückkehr des Bewußtseins nach 5 Tagen. Anfangs Aphasie.

Eine besondere Erwähnung verdient der Baranysche Symptomenkomplex.

Kopfschmerz im Hinterkopfe, Druckempfindlichkeit des Warzenfortsatzes, Schwindel, Ohrensausen, Schwerhörigkeit vom Charakter der Erkrankungen des innern Ohres und Vorbeizeigen im Handgelenk der kranken Seite nach außen. Dieser Krankheitszustand wird verursacht durch die Füllung der Cysterna cerebello medullaris beziehungsweise einer abgesenkten Partie derselben (liegt wohl

über dem Foramen Luschkae und wird durch dasselbe gespeist; der Ref.). Heilung durch Spinalpunktion nach anfänglicher Verschlimmerung. Auch eine zufällige starke Erschütterung des Kopfes kann heilend wirken. Es ist sehr zu überlegen, ob nicht, wenn auch selten, Taubheit und Schwindel nach Genickstarre durch den Baranyschen Symptomenkomplex veranlaßt werden könnte.

Auf den zitierten Aufsatz von Barany sei besonders deswegen hingewiesen, weil er hier in sehr übersichtlicher Form seine verschiedenen Untersuchungsmethoden (kalorischer Nystagmus, Zeigereaktion usw.) schildert.

IV. Ohrerkrankungen bei Infektionskrankheiten.

Sehr selten findet sich bei chronischer Mittelohrentzündung, die jahrelang schon bestanden hat, Diphtheriebazillus in Reinkultur (11). Außerordentlich häufig sind nach Leo Lewin (30) Veränderungen am Apparat des Gehörorgans in Fällen tödlicher Diphtherie. Schon früher hatte er häufige Thrombosen größerer Gefäße im Bereich des innern Gehörganges und unverhältnismäßig ausgedehnte Stagnation in dem Kapillarsystem des ganzen Felsenbeines gefunden. In dieser Arbeit beschreibt er Ganglienveränderung, und zwar im Ganglion vestibulare und dementsprechend Veränderungen des zentral gelegenen Nerventeiles (entzündliches Ödem mit herdförmigen Stellen, die teils aus geronnenem Exsudate, teils aus zertrümmerten Fasern bestehen).

Scharlach.

Bei Scharlach hängt nach Holmgren (19) die Zahl der perforativen Mittelohrentzündungen nicht von der Größe der Epidemie ab, entspricht aber ziemlich der Schwere der Epidemie. In den ersten 5 Jahren schwankt die Zahl der Fälle mit Perforation noch zwischen 32 bis 44% der Erkrankten. Im 10. Lebensjahre beträgt sie nur 10%. Sterblichkeit und Zahl der Perforationen ist am geringsten bei den im August Aufgenommenen, beide ungefähr am häufigsten zwischen Jänner und Juni. Auch er weist auf die längst nicht genug bekannte Tatsache hin, daß bei ganz geringer Injektion und Veränderung des Trommelfelles schon am nächsten Tage die Mittelohrentzündung perforieren kann. Oczesalski, den er zitiert, fand, daß 52% der Mittelohrentzündungen in den ersten 7 Tagen auftraten. Konform damit findet Holmgren, daß 49% sicher vor dem 19. Tage entstanden sind, jedoch 50% der Perforationen erst später. Die Zahl der Mastoiditiden und die dauernden Defekte werden wesentlich durch die Frühformen bedingt. Auf 100 aller Scharlachkranken kommen 19 Gehörorgane, die dauernd in ihrer Funktion herabgesetzt sind. Sehr wichtig ist, daß er nachweisen konnte, daß die scharlachkrank Gewesenen nicht mehr Adenoide aufweisen als Schulkinder des gleichen Alters. Dabei ist zu berücksichtigen, daß in der gleichen Jahreszeit untersucht werden muß.

Denn im Winter ist überhaupt die Rachenmandel größer. Unter den Fällen mit dauernden Defekten sind anscheinend Adenoide ein wenig häufiger. Busch (8), Brock (12) und besonders Manasse (32) schildern die Möglichkeit der Beschränkung der Labyrinthitis bei Scharlach auf einzelne Teile. Ja, Manasse beweist, daß selbst nach Fensterdurchbruch ein Teil des Gehörvermögens wieder gerettet werden kann.

3jähriges Kind, am 10. Tage des Scharlachs plötzliche Ertaubung bei schwerer Ohreneiterung, die in der 4. Woche zur Radikaloperation nötigte. 6 Wochen später teilweise Herstellung des Hörvermögens.

Einen Fall von Scharlachpolyneuritis des Akustikus und Fazialis am achten Tage berichtet Max (35). Ausheilung des Fazialis und Vestibularis. Der Kochlearis bleibt zerstört. Durch Fehlen von Schwindel, Erbrechen, Nystagmus und Fieber und durch den langsamen Verlauf unterscheidet sich die Neuritis von der Labyrinthitis.

Genickstarre.

Der Meningokokkus ist wiederholt bei chronisch eiterigen Mittelohrerkrankungen in den Mittelohrräumen oder in den Hirnhäuten gefunden worden. [Doering 13, O. Mayer 38.] Ob die Differentialdiagnose den Pseudomeningokokkus ausschließt, ist nirgends erwähnt, so daß die Frage doch nicht ganz entschieden ist. Mygind beschreibt einen Fall, der im dritten Lebensjahr an Genickstarre völlig ertaubte und doch 4 Jahre später links so viel Gehör hatte, daß er noch sprechen lernte. Das statische Labyrinth blieb unerregbar.

Tuberkulose.

Wie wiederholt in diesen Referaten zu lesen, finden wir Mittelohrerkrankungen scheinbar unbedeutender Art recht häufig im Beginn von Meningitis tuberculosa. Görke (17) nimmt auf Grund eines Falles an, daß es sich doch um eine tuberkulöse Erkrankung handle. Der Weg zum Gehirn führt durch den Canalis caroticus. In der Tube kann der Prozeß lange Zeit, ohne Erscheinungen zu machen, bestehen bleiben. Auf diesen Modus der Entstehung der Meningitis tuberculosa muß daher künftig mehr geachtet werden (s. auch Brock). Lange (27) gibt eine ausführliche Darstellung von 10 Fällen von Mittelohrtuberkulose. Im allgemeinen trotz scheinbarer Heilungsvorgänge kriecht die Krankheit weiter. Im Labyrinth zeigt sie sich, wie bekannt, insofern gutartig, als sie nicht zu eiteriger, diffuser Erkrankung führt. Auch er fand häufig, daß die Mittelohrerkrankung der einzige ältere Herd im Körper war.

Syphilis.

Ob es eine spezifische hereditär syphilitische Mittelohrentzündung gibt, erscheint fraglich. Die angeborene Mittelohrentzündung kommt bei Luetischen und Nichtluetischen vor. Daß bei Lueti-

schen eine Mittelohrentzündung bösartiger verläuft (Schütz), soll nicht bestritten werden und ist auch schon von Panse beobachtet worden. Lüders versucht, wenn auch in aller Reserve, ein besonderes Krankheitsbild aufzustellen.

Die Krankheit soll fieberlos, die Parazenthese schmerzlos sein, Trommelfellbild einer gewöhnlichen Mittelohrentzündung. Nach Inzision kein Eiterfluß. Heilung erst nach Schmierkur.

Über die Wirkung des Salvarsans bei hereditär luetischer Ertaubung sind die Akten noch nicht geschlossen. O. Beck sah erst Erfolge, später Mißerfolge, Lang (28) bei 5 Fällen 3mal Besserung.

V. Taubstummheit.

Voorhees (52) will sogar bei angeborener kongenital syphilitischer Taubheit noch mit Salvarsan nützen.

Alexander (2) weist darauf hin, daß die Mehrzahl der Schüler der Taubstummenanstalten in elendem, geistig und körperlich verwahrlostem Zustande in die Anstalten eintreten. Er plaidiert daher für Pensionate, die bestimmt sind, die Taubstummen schon in vorschulpflichtigem Alter aufzunehmen. Es ist vielleicht nicht überflüssig, darauf hinzuweisen, daß bei günstigen häuslichen Verhältnissen eine Familienerziehung ein körperliches und geistiges Gedeihen mehr gewährleistet. Wo dies nicht zutrifft, können solche Anstalten Gutes leisten, aber nur, wenn die Zahl der Pflegerinnen recht groß ist im Verhältnis zu der Zahl der Kinder (1:10 etwa), wenn Räumlichkeit, Garten und Spielgelegenheit reichlich vorhanden ist, kurzum wenn es sich nicht, wie vielfach in Waisenhäusern, um eine Art von Kasernenbetrieb handelt. Ohne große Mittel ist der erstrebte Erfolg nicht zu erzielen. Schroeder plaidiert für Eliminierung aller Hörenden aus den Taubstummenanstalten und für weitere Individualisierung des Unterrichtes bei Schwerhörigen und ganz Tauben.

Physiologie und allgemeine Pathologie.

Apert. *La température centrale chez le nouveau-né et le prématuré.* (Le Nourrisson, Bd. I, H. 1, Jänner 1913.)

Die Temperatur auch des gut gewärmten Neugeborenen sinkt am 1. und 2. Lebenstage um 1 bis 2°, erst vom 3. Tage ab wird die normale Temperatur beibehalten. Die Monothermie des Brustkindes ist beim künstlich Genährten ein weniger konstanter Befund. Die typischen Tagesschwankungen treten erst von der Zeit des Abstillens an auf. — Die Temperatur des Frühgeborenen sinkt nach der Geburt tiefer ab als beim Normalgeborenen, und je jünger derselbe ist, um so langsamer wird die normale Temperatur erreicht.

Die Wärmeregulation ist besonders schlecht gegenüber erhöhten Außentemperaturen. Weiter werden die nach Geburtstraumen zu beobachtenden fieberhaften Temperaturen und die erhöhten Temperaturen, welche Neugeborene bei stärkeren Gewichtsstürzen zeigen können, erwähnt. Thorspecken (Bremen).

K. Sędziuk (Warschau). *Untersuchungen über die Magenverdauung bei Säuglingen.* (Przegl. pediatr.)

An 11 Brustkindern verschiedenen Alters wurden immer nach der zweiten Mahlzeit früher oder später nach der Nahrungsaufnahme, aber immer nur einmal an einem Tage, Sondierungen des Magens vorgenommen und der Inhalt auf allgemeine Azidität, freie Salzsäure, gebundene Salzsäure und andere saure Verbindungen mittels Titriermethoden untersucht. Die freie Salzsäure wurde nur äußerst selten (20 auf 197 Untersuchungen) vorgefunden, man konnte dabei in 2 Fällen feststellen, daß das Kind außer der Brust Flaschenmilch bekommen hat. Erscheint einmal die freie Salzsäure im Mageninhalt, so gehen andere saure Verbindungen herunter.

Die Oszillationen der Gesamtazidität und der Salzsäure sind in demselben Alter so groß, daß der klinische Wert der Untersuchung auf dieselben problematisch erscheint. Lewkowicz (Krakau).

Grünfelder. *Die Beeinflussung der Magensaftsekretion durch Infektion und deren Folgen auf die Magendarmstörungen des Säuglings.* (Zeitschr. f. exper. Pathol. u. Therap., Bd. XVI, S. 141, 1914.)

Aus den Tierversuchen ergibt sich, daß bei akuten Infektionen eine Störung der Magensaftsekretion eintritt; sie besteht nicht in einer Veränderung der Zusammensetzung des Drüsensekretes, sondern nur in einer Verlangsamung der Sekretbildung. Daraus erklären sich die Ernährungsstörungen der Säuglinge bei akuten Infektionen. Zu der verringerten und verlangsamten Magensaftsekretion kommt noch die säurebindende Nahrung (Milch), so daß das Auftreten freier Salzsäure verhindert ist. Der Wegfall ihrer antibakteriellen Wirkung kann Gelegenheit zur Wucherung pathogener Keime geben.

Lehndorff (Wien).

J. M. Wolpe (Smolensk). *Über den Einfluß des Pflanzenphosphors auf den Blutbefund.* (Fol. haemat., Bd. XVIII, S. 81, 1914.)

Bei 12 Patienten wurde der Einfluß des Phytins auf das Blut untersucht; es wurde meist 2 Monate lang gegeben. Während dieser Zeit stieg die Zahl der roten und weißen Blutkörperchen deutlich an, der Hämoglobingehalt des Blutes erhöhte sich.

Lehndorff (Wien).

Allgemeine Diagnostik.

Rosanoff (Moskau). *Die diagnostische Bedeutung der Leukozyteneinschlüsse von Döhle bei Scharlach, Masern, Diphtherie, Angina und Serumexanthem.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXII, S. 321.)

Der Nachweis oder das Fehlen Döhlescher Körperchen ist für folgende Fälle von diagnostischem Wert: Das Fehlen der Leukozyteneinschlüsse in den ersten Tagen einer auf Scharlach verdächtigen Erkrankung spricht bestimmt gegen Scharlach, mit Ausnahme der Fälle von Scarlatina fulminans. Zu beachten ist indessen, daß sie in den ersten Krankheitsstunden des Scharlachs erst vereinzelt zu finden sind.

Bei Diphtherie kommen Einschlüsse nur ganz ausnahmsweise noch nach dem fünften Krankheitstage vor. Findet man sie nach diesem Zeitpunkt noch, so spricht das für eine Mischinfektion mit Scharlach. Auch Diphtherieserumexantheme veranlaßten kein Auftreten von Einschlüssen. In dieser Beziehung kommt der Untersuchung also sogar differentialdiagnostische Bedeutung zu.

Thorspecken (Bremen).

Pharmakologie und Toxikologie.

Lucas. *Studies in cardiac stimulants.* (Herzstimulantien.) (Americ. Journ. Dis. Childr., März 1914.)

Das hier beliebte Strychnin wirkt nur in ans Gefährliche grenzenden Dosen; Koffein ist relativ unschädlich, soll aber auch in größeren Dosen als üblich verabreicht werden, und zwar subkutan.

Wachenheim (New York).

Sexton. *Guaiacol poisoning by absorption.* (Guajakolvergiftung durch Resorption.) (Arch. of Pediatr., April 1914.)

Letaler Ausgang bei einem 3jährigen Kinde, nach Bepinselung einer Extremität mit 50%iger Guajakolglyzerinlösung, an schweren asphyktischen Erscheinungen, jedoch ohne Nephritis.

Wachenheim (New York).

Serologie und Immunitätslehre.

Syrenskij. *Über die primäre Toxizität des Blutserums des Menschen im Verlaufe von Infektionskrankheiten.* (Zeitschr. f. Immunitätsf. u. exper. Therap., Bd. XX, S. 543, 1914.)

Das Serum normaler, völlig gesunder Menschen ist in hohem Grade toxisch für Meerschweinchen; die tödliche Dosis liegt bei ein-

maliger intravenöser Einführung zwischen 0·5 bis 0·6 pro Kilogramm. Beim Abdominaltyphus lag sie schon bei 0·3, beim Erysipel bei 0·25 bis 0·3. Bei Scharlach und Masern ist die Toxizität nur in geringem Grade erhöht. Bei der kruppösen Pneumonie ist eine Steigerung der Giftigkeit während und unmittelbar nach der Krise nachweisbar.

Lehndorff (Wien).

Cowie. *Studies on the incubation period — no. 1. serum disease.* (Die Inkubationsperiode bei der Serumkrankheit.) (Americ. Journ. Dis. Childr., April 1914.)

Verf. unterscheidet 3 Stadien, nämlich Praeallergie, Allergie und Hyperallergie. Die erstere ist von der Größe der Serumdosis unabhängig; die letzte ist die Ursache der Serumkrankheitsmanifestationen. Das Blutserum eines normalen Kindes, dem kurz vorher Pferdeserum injiziert ist, bewirkt bei einem stark allergischen Kinde, selbst bei kleiner Dosierung, starke und prompte Erscheinungen. Wachenheim (New York).

Klimenko. *Zur Frage über wiederholte Einspritzungen des Heilserums beim Menschen.* (Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. Immunitätsf., Bd. II, H. 3, S. 487, 1914.)

Nach den Erfahrungen des Verf. ist der Mensch in bedeutendem Maße der Anaphylaxie unterworfen. Intravenöse Injektionen sind auf Ausnahmsfälle zu beschränken; die Einspritzung in den Rückenmarkskanal hält Verf. für absolut kontraindiziert, da nach seiner Meinung selbst isotonische Flüssigkeiten eine entzündende Wirkung auf die Hirnhäute haben. Er hält auch die neuerliche Untersuchung der Frage der Spezifizität der Eiweißallergie für notwendig.

Lehndorff (Wien).

S. Dzierźgowski. *Über die Dauer der aktiven Diphtherieimmunisierung im tierischen Organismus.* (Gaz. lek., Nr. 23/24.)

Die Versuche wurden an Pferden gemacht. Dzierźgowski injizierte das diphtheritische Toxin subkutan und intravenös. Zur Vergleichung immunisierte er sich selbst durch Inhalationen und Nasetamponade. Die antitoxischen Eigenschaften des Blutes vermindern sich allmählich, nachdem die Immunisierung eingestellt wurde, bis zu einer gewissen Grenze, auf welcher sie jahrelang, z. B. in einem Falle 16 Jahre, stehen bleiben. Diese Grenze steht in keiner Abhängigkeit von der Dauer der Immunisierung oder der Quantität des Toxins, sie ist nur von der Individualität des immunisierten Organismus abhängig. Dadej.

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

Thiemich. *Die Amenorrhöe der Stillenden und ihr Einfluß auf die Neukonzeption.* (Med. Klinik, 1913, Nr. 50.)

Statistische Untersuchungen am Material der Magdeburger städtischen Säuglingsfürsorge, welche in einer Jenenser Dissertation (Glass, Die Menstruationsverhältnisse der Stillenden, 1912) ausführlich verarbeitet worden sind. Thiemich hebt 2 Tatsachen hervor: erstens, daß mehr als die Hälfte aller stillenden Frauen während der normalen Dauer der Laktation (6 bis 9 Monate lang) amenorrhoisch bleibt und daß von diesen nicht menstruierten Frauen während des Ausbleibens der Menses nur wenige neukonzipierten. Voraussetzung war allerdings, daß die Leistung der Brustdrüse auf der Höhe war, daß das Kind ausschließlich Brustkind war. Sehr oft trat, sobald die Milchmenge absank und Beikost gegeben wurde, die Menstruation wieder ein und damit die Neukonzeption.

Die Amenorrhöe der Stillenden gewährt also einen relativen nicht unbeträchtlichen Schutz vor zu schneller Geburtenfolge.

Klotz (Schwerin).

K. Lewkowicz (Krakau). *Ein Fall eines an der Mutterbrust genährten Kindes mit Bestimmung der Nahrungsmengen bis zum Zeitpunkte der Entwöhnung.* (Przegl. lek., Nr. 1.)

Alle wichtigeren Einzelheiten der Beobachtung, welche 232 Tage gedauert hat, sind in einer Kurventabelle graphisch dargestellt. Es handelte sich um ein kräftiges, erstgeborenes Kind des Verf., einen Knaben mit dem Anfangsgewichte von 3940 g und der Körperlänge von 52 cm. Das Kind wurde fast durchgehends 5 mal im Tage angelegt, und zwar von dem sechsten Lebenstage an jedesmal an beide Brüste. Obwohl die Milchproduktion ausreichend war, was durch Auspumpen der Brüste mittels der Jaschkeschen Milchpumpe festgestellt wurde, waren die ausgesogenen Mengen nicht befriedigend. Ende der ersten Woche erreichte die Tagesmenge nur 270 g, Ende der zweiten nur 370, Ende der dritten Woche nur 400 g. Das Körpergewicht, welches anfänglich, wie gewöhnlich, etwas herunterging, dann aber sich über 4000 g hob, begann wiederum in der dritten Woche herunterzugehen. Der berechnete Energiequotient betrug denn auch nur 62 Kal. auf 1 kg. Da die Brüste nicht vollständig entleert wurden, wurde in 11 Tagen, vom 22. bis 32. Lebenstage ein mehrmaliges Auspumpen in Anwendung gebracht. Die Tagesmengen hoben sich schnell bis 550 und der Energiequotient erreichte 80 Kal., so daß das Körpergewicht wieder zu steigen begann. Die Tagesmengen stiegen aber weiter, obwohl das Auspumpen eingestellt wurde, in der siebenten Woche wurden 600 g, in der neunten 700 g, in der 14. 800 g, in der 24. Woche 850 g erreicht und die Tagesmengen oszillierten dann um 850 g, zwischen 800 und 900 g bis zum Zeitpunkte der Entwöhnung. Der Energiequotient erreichte in der 5. Woche 80 Kal., in der 11. 90 Kal., bis zur 17. Woche oszillierte er dann um 90 und

ging in der folgenden Zeit bis zur 32. Woche langsam bis gegen 81 herunter, wonach er wiederum nach Einleitung der gemischten Nahrung eine Tendenz zum Steigen aufwies. Das Kind zeigte einen notdürftig genügenden Gewichtszuwachs (d. h. 100 g wöchentlich, 14·3 g täglich) erst, nachdem ihm 85 Kal. auf 1 kg zugeführt worden. Das Kind ist infolge dieser etwas kargen Ernährung während des ersten Halbjahres magerer geworden, holte aber, nachdem die gemischte Nahrung eingeleitet worden ist, während des Aufenthaltes auf dem Lande das Versäumte rasch ein und wies im Alter von 1 Jahre das Gewicht von 9433 g auf. Auch sonst war die Entwicklung ganz befriedigend.

Obwohl keine diätetischen Fehler zu verzeichnen waren und das Kind eher unterernährt war, zeigte das Kind von Anfang an dyspeptische Symptome: häufige, zerhackte, mit Schleim gemengte Stühle und Speien. Die Untersuchung der Brustmilch erwies normale Verhältnisse. Man mußte also die Ursache in den konstitutionellen Verhältnissen suchen. Die Milz war von ersten Lebenstagen an unter dem Rippenbogen palpabel. Keine sonstigen Symptome der exsudativen Diathese wurden manifest. Lewkowicz (Krakau).

J. Rosenthal und **Oerum** (Kopenhagen). *Behandlung von Magen-Darmkatarrh und Atrophie bei Säuglingen mit Malzsuppe.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXII, S. 167.)

Malzsuppe in Konkurrenz mit Eiweißmilch ist jedenfalls ein Novum. Nach den Mitteilungen der Verff. müßte man sogar annehmen, daß die Malzsuppe mehr als letztere leistet, denn das Indikationsgebiet für dieselbe wird noch weiter gefaßt als für diese: geeignet sollen sein alle, insbesondere ernsthafte Fälle von „Enterokatarrh" jeglicher Art und von Atrophie bei Säuglingen. Insbesondere leiste sie bei Säuglingen im ersten Vierteljahr sowohl bei akuten wie bei chronischen Diarrhöen sehr Gutes.

Allerdings handelt es sich nicht um das, was gewöhnlich unter Malzsuppe verstanden wird, sondern um eine viel malzärmere Mischung, die überdies anfangs noch mit $^1/_3$ Wasser versetzt wird. Statt 100 g Malzsuppenextrakt der Kellerschen Vorschrift nahmen die Verff. 40 g auf 1 Liter und die anfängliche Nahrung enthält nur ungefähr $^1/_5$ Milch. Eingeleitet wurde die Behandlung mit Verabreichung von Rizinusöl und 1- bis 2tägiger Gerstenwasserdiät. Der Suppe wurde mitunter zur Erzielung festerer Stühle Eichelkakao zugesetzt.

Die an 242 Kindern erzielten Resultate waren nach den summarischen Aufstellungen nicht übel, doch läßt sich aus der Zusammenfassung verschiedenartiger und verschiedener schwerer Zustände lediglich nach dem Symptom des Durchfalls keine Vorstellung über die Bedeutung der Erfolge gewinnen.

Bei 2 Kindern trat einige Zeit nach Beginn der Malzsuppendiät Barlowsche Krankheit auf, indes war die Entstehungsursache der Krankheit nicht eindeutig. Thorspecken (Bremen).

Ribadeau-Dumas. *Les troubles alimentaires et le lait albumineux.* (Le Nourrisson, Bd. I, H. 3, 1913.)

Nach Entwicklung der Grundzüge von Finkelsteins Einteilung der Ernährungsstörungen berichtet Ribadeau-Dumas über seine Erfahrungen mit Eiweißmilch. In akuten und subakuten Fällen sah er keine guten Resultate; nach anfänglichem Gewichtsstillstand und Besserung des Aussehens des Kindes trat gewöhnlich plötzlicher Gewichtssturz ein, das Kind wurde komatös und kam ad exitum. Dagegen waren die Erfolge besser bei noch nicht zu vorgeschrittenen Fällen von Athrepsie. Ribadeau-Dumas äußert sich im ganzen vorsichtiger und weniger abfällig über die Eiweißmilch als andere französische Autoren. Thorspecken (Bremen).

Hans Kern und **Erich Müller.** *Über eine vereinfachte Herstellung der Eiweißmilch.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 2237.)

Der weiteren Verbreitung der Eiweißmilch stehen in ihrer komplizierten Herstellungsweise im Hause und ihrem ziemlich hohen Preise zwei Momente im Wege, deren Beseitigung auf verschiedenem Wege versucht wurde (Larosan, kaseinangereicherte Milch, molkenadaptierte Milch mit erhöhtem Plasmonzusatz, Eiweißrahmmilch und das Verfahren nach Engel). Im Rummelsburger Krankenhause wird folgendes Verfahren angewendet: „1 Liter gewöhnlicher Buttermilch wird mit einem Liter Wasser gemischt, unter Rühren kurz aufgekocht und nach dem Kochen mit Wasser wieder auf 2 Liter aufgefüllt. Dann stellt man das Ganze beiseite und läßt das Kasein ruhig sich absetzen. Nach ungefähr 30 Minuten hat sich eine genügend klare Molke gebildet, von der nun mit dem Schöpflöffel 1125 g abgenommen werden. Der zurückbleibende Molkenrest mit dem Kaseinsatz wird (um den normalen Fettgehalt zu erhalten) mit 125 g ($^1/_8$ Liter) 20%iger gekochter Sahne auf 1 Liter aufgefüllt. Das ist die zusatzfreie fertige Eiweißmilch. Der Zuckergehalt wird je nach Verordnung auf 3, 5, 7 und mehr Prozent gebracht. Bei fettreicherer oder fettärmerer Sahne wird man den Sahnezusatz entsprechend variieren."

Es ist also eine Milch mit vollem Kasein- und Fettgehalt mit der Hälfte der Molke, sie hat mit der ursprünglichen Eiweißmilch den Vorteil des Gehaltes an Buttermilch gemeinsam.

Keller (Berlin).

W. Wegener (Rostock). *Zur Frage der Ernährung kranker Säuglinge mit Larosanmilch.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, S. 359.)

Wegener empfiehlt die Larosanmilch als billigen und einfach herstellbaren Ersatz der Eiweißmilch. Klotz (Schwerin).

Ostrowski (Petersburg). *Die Bedeutung der Larosanmilch als diätetisches Heilmittel bei Säuglingen.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXII, S. 181.)

Ostrowski hält die Larosanmilch, die er bei 49 Säuglingen anwandte, der Eiweißmilch für gleichwertig. Bei Dekomposition

hatte er in 76% Erfolge, weniger gut waren die Erfolge bei Dyspepsie und Intoxikation. Auch als Beinahrung zur Brust bewährte sie sich. Der genauere Reparationsverlauf respektive Krankengeschichten sind nicht mitgeteilt.

Statt 20 g Larosan verabreichte Ostrowski später 30 g auf 1 l Milch, wobei die Resultate „vielleicht noch besser" als vorher waren. Thorspecken (Bremen).

C. Beck (Frankfurt a. M.). *Kaseinkalziummilch bei Ernährungsstörungen der Säuglinge.* (Med. Klinik, 1914, S. 149.)

Verf. berichtet über gute Erfolge mit Larosanmilch. 3 Eßlöffel Larosan werden mit etwas kalter Milch verrührt, zu einem halben Liter kochender Milch gegeben und $^1/_2$ Liter Verdünnungsflüssigkeit (Wasser, Schleim, Mehlsuppe, je nach Lage des Falles) zugesetzt. Passieren durch ein Sieb ist unnötig. Klotz (Schwerin).

Erich Müller und **Ernst Schloss.** *Anleitung zur Herstellung der wichtigsten Nahrungsmischungen für den Säugling im Privathause.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 7.)

Die Verff. schildern die Herstellung von

1. einfachen Milchverdünnungen mit Kohlehydratzusatz,
2. fettreichen, molkearmen Gemischen,
3. Malzsuppe,
4. Buttermilchsuppe,
5. Eiweißmilch.

Der Aufsatz eignet sich mit seinen zahlreichen Details nicht zum Referat. Ich möchte nur die Herstellung der Eiweißmilch schildern. 1 l Buttermilch wird mit 1 l Leitungswasser 2 bis 3 Minuten aufgekocht und dann ruhig stehen gelassen. Nach zirka $^1/_2$ Stunde hat sich der Käse zu Boden gesenkt, über demselben steht eine ziemlich klare Molke. Nun werden zirka $^2/_3$ der Gesamtflüssigkeit dekantiert; der Rest wird gut umgerührt und 125 g vorher abgekochte Sahne hinzugefügt. Dazu kommen 30 bis 50 g Nährzucker. Das ganze wird nach Umrühren mit einem Teil der eingangs abgegossenen Molke auf 1000 aufgefüllt. So erhält man 1 l gebrauchsfertige Eiweißmilch. Klotz (Schwerin).

K. Sędziuk (Warschau). *Die Engel-Turnausche Reaktion im Säuglingsalter.* (Przegl. pedyatr.)

Die zum Zwecke der Unterscheidung der Brustkinder von den Flaschenkindern angegebene Reaktion erweist in beiden Fällen zahlreiche Ausnahmen, so daß ihr kein praktischer Wert zuerkannt werden kann. Lewkowicz (Krakau).

Johann Hjort. *Eine merkwürdige Todesursache bei einem Säugling — Erstickung durch die Milch der Mutter.* (Norsk Mag. for Laegevidenskaben, 1913, S. 204, Norwegen.)

Ein 8 Tage alter Säugling bekam, während er an der Brust der Mutter lag, Erstickungssymptome, erholte sich scheinbar wieder

nach Inzitantia, starb aber nach 12 Stunden. Die Sektion konnte Erstickungstod konstatieren. In den Bronchien wurde eine weißgrauliche Flüssigkeit gefunden. Carl Looft.

M. Lateiner-Mayerhofer und **St. Progulski** (Lemberg). *Statistische Notizen über Säuglingsernährung in Lemberg.* (Tyg. lek., Nr. 30/32.)

Mehr als die Hälfte der Säuglinge wird 12 Monate, mehr als $^4/_5$ der Säuglinge 9 Monate mit Brust genährt. Die Beinahrung beginnt zeitig und ist im zweiten Halbjahre meistens nicht entsprechend. Ungeachtet der großen Häufigkeit und der langen Dauer der natürlichen Ernährung ist die Sterblichkeit hoch und beträgt 18·3%, was in der Armut und in dem niedrigen Kulturstande der Bevölkerung seine Erklärung findet. Aber auch hier besteht ein großer Unterschied zwischen der Sterblichkeit der Brustkinder (16·9%) und der Flaschenkinder (34·6%). Lewkowicz (Krabau).

J. Peiser. *Zur Therapie des Pylorospasmus bei Säuglingen.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XIII, H. 3, 1914.)

Verf. empfiehlt zur Behandlung des Pylorospasmus der Säuglinge systematische Magenausheberung vor jeder Mahlzeit und anschließende Sondenfütterung. Auf diese Weise wird nicht nur Retention von Nahrung im Magen vermieden, sondern auch der Schluckakt umgangen und der davon abhängige Moment der Sättigung hinausgeschoben, wodurch das Erbrechen gemildert und hinreichende Nahrungszufuhr von Anfang an ermöglicht wird. Autoreferat.

Hess. *The pylorus, pylorospasm, and allied spasm in infants.* (Pylorospasmus und verwandte Krämpfe.) (Americ. Journ. Dis., Childr., März 1914.)

Bei Schätzung der Pylorusverhältnisse ist zu bemerken, daß im 3. Monat der Durchmesser des Pyloruslumens etwa 6 mm beträgt, bei Neugeborenen fast 5 mm, so daß die Entscheidung, ob Stenose oder Spasmus im allgemeinen, mittels Duodenalkatheter nicht zu schwer fallen dürfte. Kardiospasmus und Pharyngospasmus scheinen verwandte Zustände zu bilden; sie kommen aber auch in Zusammenhang mit Spasmophilie vor. Hypersekretion des Magens und Pylorospasmus sind nicht konstant vergesellschaftet, dagegen erzeugt jene häufig Pharyngospasmus, Schlucken, Schmerzen und beschleunigtes Atmen. Wachenheim (New York).

Ruhräh. *The treatment of pylorospasm in infancy.* (Behandlung des Pylorospasmus.) (Americ. Journ. Med. Sciences, April 1914.)

Am wichtigsten ist die Differenzialdiagnose von der Pylorusstenose; man soll bei zweifelhaften Fällen nicht zu schnell eine Operation anraten. Übergang von künstlicher auf natürliche Ernährung ist fast unbedingt notwendig. Als Medikament empfiehlt Verf. Atropin 0·03 mg 3—4 mal täglich, gelegentlich wirkt Opium besser

so 0·1 mg Kodein, langsam ansteigend. Die mit Wismut und den Alkalien erzielten Erfolge sind relativ gering.

Wachenheim (New York).

Bertrand. *Recherches sur la flore intestinale dans la diarrhée des nourrissons.* (Untersuchungen über die Darmflora bei der Säuglingsdiarrhöe.) (Ann. de l'inst. Pasteur, Bd. XXVIII, S. 121, 1914.)

In den Stühlen von 24 darmgesunden Kindern wurde der Bazillus Proteus vulgaris nur 2 mal, bei 55 Säuglingen mit Diarrhöen jedesmal gefunden. Im Tierversuch, bei weißen Ratten, ist der aus Säuglingsstühlen isolierte Proteus unwirksam, er erzeugt aber sofort schwere Diarrhöen, wenn man ihn gemeinsam mit dem B. aminophilus intestinalis, einem Keim, der dem B. lactis aerogenes sehr nahesteht, einbringt. Diese Beobachtung läßt an die Möglichkeit denken, daß eine Symbiose des Proteus mit dem Aminophilus bei der Cholera inf. eine Rolle spielt. Lehndorff (Wien).

E. Metschnikoff. *Études sur la flore intestinal. Les diarrhées des nourrisons.* (Studien über die Darmflora. Die Diarrhöen der Säuglinge.) (Ann. de l'inst. Pasteur, Bd. XXVIII, S. 89, 1914.)

Die mit dem Namen „Cholera infantum" bezeichneten Diarrhöen sind eine Infektionskrankheit, die weitgehende Analogien mit der asiatischen Cholera hat, und ebenso wie diese abhängig von der hohen Lufttemperatur, Verdauungsstörungen usw. ist. Bei Kaninchen läßt sich die Kindercholera experimentell erzeugen. Der Erreger derselben ist der Proteus, der reichlich im Darmkanal wuchert. Die Art seiner Wirkung und die Beziehungen zu anderen Darmbakterien sind noch zu erforschen. Lehndorff (Wien).

Saint-Girons. *Les diarrhées par élimination microbienne ou toxique chez le nourrisson.* (Le Nourrisson, Bd. I, H. 3, 1913.)

Die Arbeit beschäftigt sich mit den parenteralen Durchfällen, ohne Neues zu bringen. Verf. neigt der Ansicht zu, daß dieselben vorwiegend durch direkten Bakterienübertritt in den Darm entstehen. Thorspecken (Bremen).

Milchwissenschaft und Molkereipraxis.

St. Progulski (Lemberg). *Über die konservierte Frauenmilch und ihre Anwendung.* (Tyg. lek., Nr. 5/6.)

Neun länger beobachtete Fälle, zahlreichere kürzere Beobachtungen. Äußerst günstige Resultate. Die rein gesammelte Dauermilch kann man mit dem Verfahren von Mayerhofer und Pribram vollständig steril machen, man muß nur schauen, daß die innere Fläche der Flasche nicht benetzt wird, da diese kleinen Flüssigkeitsmengen der sterilisierenden Einwirkung des Perhydrols entgehen

und dann den Rest der Milch leicht infizieren würden. Die Kollostrummilch läßt sich nicht steril erhalten, da der Überschuß von Katalase das Perhydrol schnell zersetzt und seine Einwirkung bedeutend verkürzt. Lewkowicz (Krakau).

Wladimir Njegowan. *Enthält die Milch Phosphatide?* (Biochem. Zeitschr., Bd. LIV, S. 78.)

Nach der Methode des Verf. konnte kein ätherlöslicher Phosphor in der Milch nachgewiesen werden. Orgler (Charlottenburg).

P. Grosser. *Über den Einfluß des Kochens auf das physikalisch-chemische Verhalten von Frauenmilch, Kuhmilch und Buttermilch.* (Biochem. Zeitschr., Bd. XLVIII, S. 427.)

Mit Hilfe des Bechholdschen Ultrafiltrationsverfahrens konnte Verf. feststellen, daß der Kalkgehalt des Ultrafiltrates sowohl bei Kuh- als auch bei Frauenmilch durch längeres Kochen vermindert wird, der Stickstoff- und Phosphorsäuregehalt des Ultrafiltrates bei der Frauenmilch ebenfalls durch Kochen herabgesetzt wird, während er bei Kuhmilch kaum vermindert ist. Buttermilch wurde durch Kochen nicht beeinflußt. Orgler (Charlottenburg).

Hoobler. *A simple method of preparin albumin milk.* (Einfache Methode zur Zubereitung der Eiweißmilch.) (Arch. of Pediatr., März 1914.)

Verf. setzt käufliches Kasein, in Pulverform, der fettfreien Buttermilch zu: das Endprodukt weicht von der Finkelsteinschen Eiweißmilch nicht wenig ab, namentlich in bezug auf den niedrigen Fettgehalt. Sind höhere Fettansätze angezeigt, so verwendet Verf. angeblich fettreiche Buttermilch, wobei wahrscheinlich angesäuerte Milch gemeint ist, da wahre Buttermilch unmöglich fettreich sein könnte. Wachenheim (New York).

Erich Kretschmer. *Über die Bestimmung des Milchzuckers in der Milch durch Fällung mit Ammonsulfat.* (Zeitschr. f. physiol. Chem., Bd. LXXXV, S. 286.)

Das Verfahren gibt auch mit Frauenmilch, wo die Eisenmethode zur Enteiweißung versagte, und mit Yoghurt sehr gute Resultate. Die mit diesem Verfahren gewonnenen Werte weichen etwas von den mit den übrigen Methoden festgestellten Werten ab.

Orgler (Charlottenburg).

Stoffwechsel.

Ernst Mayer. *Diastase im Säuglingsharn.* (Biochem. Zeitschr., Bd. XLIX, S. 165.)

Verf findet im Säuglingsurin viel geringere Diastasewerte als beim Erwachsenen. Orgler (Charlottenburg).

Rietschel, Heidenhain und **Ewers.** *Über Fieber nach Kochsalzinfusionen bei Säuglingen.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 12.)

Die Verff. bestätigen zunächst die Beobachtung Samelsons, daß man mit frischem, destilliertem Wasser bei Kochsalzinfusion „überhaupt fast kein Infusionsfieber" bei Säuglingen mehr erhält. Aus der Apotheke bezogenes destilliertes Wasser war dagegen sehr oft pyretogen, erwies sich jedoch, bakteriologisch untersucht, als steril.

Diese befremdende Tatsache und eine Reihe weiterer Überlegungen führten dazu, nach einem anorganischen Wasserfehler zu fahnden. Die Verff. beobachteten nun in der Tat (in Anlehnung an die Untersuchungen von Abel über Gehalt des gewöhnlichen destillierten Wassers an Kupfer), daß längerer Kontakt destillierten Wassers mit Kupfer Veranlassung zu fieberhaften Reaktionen geben kann. Der Fiebertypus selbst ist nicht eindeutig, auch reagieren durchaus nicht alle Kinder mit Fieber, und die Genese des Fiebers ist wenig klar. Wenn das pyretogen wirkende Kupferwasser 2 Stunden lang gekocht wurde (Aron), dann blieb jede fieberhafte Reaktion aus.

Schließlich dürfte auch nach Ansicht der Verff. die Technik der Infusion an und für sich nicht ganz gleichgültig sein.

Jedenfalls sollte zu Infusionen am Krankenbett nur frisch destilliertes Wasser benutzt werden, welches nicht mit Kupfergefäßen in Berührung gekommen ist. Klotz (Schwerin).

Arthur Schlossmann und **Hans Murschhauser.** *Über den Einfluß der vorangegangenen Ernährung auf den Stoffwechsel im Hunger.* (Biochem. Zeitschr., Bd. LIII, S. 265, 1913.)

Frühere Beobachtungen an Säuglingen hatten gezeigt, daß der respiratorische Quotient im Hunger bei vorher mit Frauenmilch ernährten Säuglingen größer ist als bei vorher mit Buttermilch ernährten. Untersuchungen an Hunden, die einseitig teils mit Fleisch und Fett, teils mit Fleisch und Reis, teils mit Fisch beziehungsweise Fleisch ernährt waren, hatten ergeben, daß nach einem Hungertage das „Fett"tier den niedrigsten, der „Reis"hund dagegen den höchsten respiratorischen Quotienten zeigten; an diesen Hunden wurden nun noch weitere Bestimmungen des respiratorischen Quotienten bei fortgesetztem Hunger gemacht. Dabei zeigte es sich, daß der Fetthund sehr lange an seinem niedrigen respiratorischen Quotienten festhält, während der Reishund einen rasch fallenden respiratorischen Quotienten zeigte. Es ergibt sich also aus den Versuchen, daß auch im Hungerzustande der respiratorische Quotient von der Art der vorausgegangenen Ernährung abhängig ist. Mit Kohlehydrat ernährte Tiere zersetzen auch im Nüchternzustande vorwiegend Glykogen, mit Fett ernährte Tiere vorwiegend Fett; auch im Hunger zersetzen die ersteren viel Glykogen, die letzteren vorwiegend Fett. Dabei macht sich der Einfluß der vorangegangneen Fetternährung viel länger geltend als derjenige der Kohlehydraternährung. Be-

achtenswert ist ferner, daß das Körpergewicht nach Ernährung mit Fett in gleich langen Hungerperioden viel weniger sinkt als nach vorhergehender Ernährung mit gemischter Kost, während bei vorwiegender Fleisch- oder Kohlehydraternährung die Körpergewichtsabnahme im Hunger von derjenigen nach gemischter Kost nicht verschieden ist. Orgler.

N. Zuntz. *Einfluß chronischer Unterernährung auf den Stoffwechsel.* (Biochem. Zeitschr., Bd. LV, S. 341, 1913.)

Aus diesem sich über ein Jahr erstreckenden wichtigen Versuch sei nur die Tatsache hervorgehoben, daß der Energieverbrauch pro Quadratmeter Oberfläche von 931 Kal. bei 10 kg auf 631 Kal. beim halben Körpergewicht von zirka 5 kg sinkt und gegen Ende des Lebens vieler auf 921 Kal. bis 4·1 kg ansteigt; ferner zeigte es sich, daß der Gewichtsverlust an Fleisch und Fett zeitweise durch Wasseransatz zum Teil kompensiert werde. Orgler.

E. Abderhalden. *Notizen. II.* (Zeitschr. f. physiol. Chem., Bd. LXXXV, S. 95.)

Bei einem 4jährigen, an Scharlach erkrankten Kinde trat in der zweiten und dritten Krankheitswoche mehrmals starke Reduktion des Urins auf, die auf Anwesenheit an freien und gebundenen Glukuronsäuren beruhte. Abderhalden warnt davor, derartige reduzierende Urine als Zeichen einer vorübergehenden Glukosurie aufzufassen. Durch Diabetesdiät wurde der Gehalt des Harns an Glukuronsäure vermindert. Orgler (Charlottenburg).

E. Sieburg. *Zur Chemie der Hydrozephalusflüssigkeit.* (Zeitschr. f. physiol. Chem., Bd. LXXXVI, S. 503.)

In der durch direkte Hirnpunktion gewonnenen Hydrozephalusflüssigkeit eines 13 Monate alten Knaben wurden 0·15% organischer Substanzen (Cholesterin, Zucker, Harnstoff, Enzyme) und 0·84% Mineralbestandteile, vorwiegend Chloride, gefunden; die Flüssigkeit war eiweißfrei, gab keine Biuretreaktion und Phosphorwolframfällung; dagegen schienen tiefabgesonderte Eiweißderivate vorhanden zu sein; von Enzymen fanden sich Diastase, Invertase, Lipase und Glukoside und esterspaltende Fermente. Orgler (Charlottenburg).

Diathesen.

S. **Kramsztyk.** *Über Diathesen im Kindesalter.* (Nowiny lek., H 12.) Sammelreferat. Dadej.

H. **Curschmann.** *Zur Frage der „Bronchotetanie" der Erwachsenen und ihrer Behandlung mit Kalzium.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 6.)

Ein erwachsener, in der Jugend anscheinend nicht spasmophil erkrankt gewesener Mann leidet seit 3 Jahren an heftigen Asthmaanfällen. Zugleich bestehen Zeichen latenter Tetanie (Erbsches, Chvosteksches Phänomen, abortive tetanoide Anfälle in den Händen). Asthmatische und tetanoide Symptome verlaufen synchron. Auf Kalzium (Laktat) per os verschwinden Asthma und latente Tetanie.

Curschmann verbreitet sich im Anschluß an diese Beobachtung über die von Lederer beschriebene Bronchotetanie, ist jedoch wie Rietschel der Ansicht, daß dieselbe nicht notwendig mit lebensbedrohlichen Atelektasen usw. verknüpft zu sein braucht. Vielmehr scheinen alle Übergänge vom leichtesten Asthma bis zur schwersten Bronchialtetanie vorzukommen.

Das Kalzium sieht Verff. als wichtiges Mittel, und zwar als Heilmittel sensu strictiori an und empfiehlt dauernde Verabreichung. Adrenalin dagegen ist direkt kontraindiziert, steigert die Erregbarkeit und provoziert (bei subkutaner Anwendung) Anfälle.

Klotz (Schwerin).

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.

F. v. Szontagh. *Über die Kontagiosität infektiöser Krankheiten.* (Med. Klinik, 1913, Nr. 40/41.)

Der Mechanismus der Masernkontagiosität setzt ein mit der Atemluft übertragbares Kontagium voraus. Es bedarf nicht des Hustens oder Niesens u. dgl., um den Infektionsstoff zu verbreiten: dieser verläßt spontan durch die Atemluft den Körper, selbst zu einer Zeit, da die Schleimhäute noch gesund zu sein scheinen. Damit jedoch das Krankheitsprodukt, die Masern, entstehen, ist es nötig, daß die eine Komponente, das volatile Virus, mit einer zweiten Komponente im disponierten Organismus zusammentrifft. Im Inkubationsstadium reagieren beide Faktoren miteinander, und es entsteht ein Agens, auf das der Organismus mit Krankheit reagiert. Die Masern sind daher als Sensibilisationskrankheit zu deuten. Der gesunde Organismus ist durch eine sensibilisierende Komponente empfänglich gemacht worden für eine aus der Atemluft des masernkranken Organismus stammende aktivierende Komponente. Die aus dem Zusammentreffen entstehenden Gifte (Masernreaktion) können „in Begleitung von Fermenten(?)" ausgeatmet werden. In seltenen Fällen können übrigens Masern auch autochthon entstehen, dann ist im sensibilisierten Organismus die aktivierende Komponente endogen entstanden.

Es handelt sich bei den Masern nicht darum, daß ein spezifisches lebendes Virus übertragen wird, sondern die Spezifizität ist durch eine spezifische Disposition (= spezifische Sensibilisation) bedingt.

Der Autor geht dann auf die analogen biopathologischen Verhältnisse beim Scharlach ein, welche er im Jahrbuch für Kinderheilkunde bereits mehrfach geschildert hat. Die sogenannten Heimkehrfälle von Scharlach sind seiner Ansicht nach ein „trügerisches Phänomen". Die Rekonvaleszenten verbreiten scheinbar den Scharlach, aber nur in der eigenen Familie, nicht in der Schule. Sie sind keine Gefahr für die Schule.

Den vielen Einzelheiten der geistvollen Studie kann ein Referat schlecht gerecht werden. Wenn der Verf. bedauert, daß es ihm „kaum gelungen ist, eine Wandlung in der Auffassung über das Scharlachproblem anzubahnen", so liegt das doch wohl daran, daß er anstatt der alten Dogmen neue Hypothesen setzt. Solange eine Hypothese nicht als falsch oder richtig bewiesen ist, hängt ihre Durchschlagskraft völlig von wissenschaftlichen Modeströmungen und von der Position der Persönlichkeit ab, welche sie aufstellt.

Klotz (Schwerin.)

Erich Müller. *Akute Infektionen im Säuglingsalter.* (Med. Klinik, 1913, Nr. 28.)

Fortbildungskursvortrag. Von praktisch wichtigen akuten Infektionen werden besprochen: 1. Grippe, 2. Diphtherie, 3. Keuchhusten, 4. Varizellen, 5. Masern und 6. Hautinfektionen.

Die grippalen Infektionen repräsentieren sich besonders in 3 Formen: katarrhalische fieberhafte Affektionen des Rachens und der Bronchien, ferner vorwiegend enterale Erscheinungen und intermittierende, langdauernde Fieberzustände oft septischen Charakters ohne Organbefund. Innerhalb der zweiten Gruppe hat Vortragender Endemien mit auffallend starker Brechneigung — auch der Brustkinder — beobachtet. Bei der dritten Form möchte Verf. weniger eine Adenoiditis als vielmehr Toxinämie annehmen.

Die Beobachtungen von L. F. Meyer, daß nicht gedeihende, chronisch grippekranke Säuglinge befriedigend zuzunehmen beginnen — ohne Änderung der Diät — sobald sie in Boxen isoliert werden, werden bestätigt.

Seinen Standpunkt bezüglich des Keuchhustens unterstreicht Müller erneut aufs bestimmteste. Klotz (Schwerin).

P. Aaser. *Über Meningokokkenserum* (Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. Immunitätsf., Bd. II, H. 2, S. 247, 1914.)

Bericht über sehr gute Erfolge der Heilserumtherapie bei Zerebrospinalmeningitis. Die im Handel vorhandenen Sera zeigen sehr große Unterschiede; die Wirksamkeit ist durch Komplementbindung, Agglutinations- und Opsoninversuche zu kontrollieren; zu altes Serum ist unwirksam. Lehndorff (Wien).

J. Judt (Warschau). *Akute, eitrige Gelenksentzündung bei Säuglingen.* (Przegl. pedyatr.)

7 Fälle, welche im Warschauer Erziehungshause im Verlaufe von einem Monat epidemieartig aufgetreten sind. Der Eiter erwies

sich als mikroskopisch und kulturell steril. Alle 3 Fälle, in denen nicht mehr als 3 Gelenke befallen waren, gingen in vollständige Heilung über. Die übrigen Fälle endeten tödlich, und zwar 2 von ihnen infolge von komplizierender Gehirnhautentzündung. Am häufigsten waren die großen Gelenke (das Kniegelenk, das Sprunggelenk, die Hüfte) und die kleinen Gelenke der Hand befallen. In den günstigen Fällen dauerte die Krankheit 16 bis 49 Tage bis zur Heilung, in den ungünstigen Fällen 18 Tage bis 2 Monate und 10 Tage bis zum Tode.

Lewkowicz (Krakau).

St. Skalski (Lodz). *Blattern in Lodz i. J. 1912.* (Przegl. lek., Nr. 18/20.)

Statistisches. Lewkowicz (Krakau).

E. Keuper (Frankfurt a. M.). *Über eine Ruhrendemie bei kleinen Kindern.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, S. 474.)

Klinische Beobachtungen an 22 Fällen, die mit Durchfällen wie bei der Enteritis follicularis verliefen. Die Inkubationszeit nimmt Verf. zu 5 bis 6 Tagen an. Rezidive sind nicht selten. Wichtig ist ferner die Tatsache, daß u. a. nach Abheilung der akuten Erkrankung Bazillenträger festgestellt werden konnten. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Isolierung bis zum Nachweis des Verschwindens der Pseudodysenteriebazillen aus den Stühlen.

Der Nachweis der Pseudodysenteriebazillen gelang in einem Falle erst bei der 6. Untersuchung, als schon Rekonvaleszenz eingetreten war. Ein negativer Stuhlbefund würde also nicht gegen die Diagnose Pseudodysenterie sprechen.

Die Agglutination ist kein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel, da sie oft erst bei starker Serumkonzentration (und auch bei gesunden Kindern) auftritt.

Die Obduktion deckte in einigen Fällen Veränderungen des Darmes auf, wie sie für Enteritis follicularis bezeichnend sind. In anderen — klinisch schwer verlaufenen — Fällen fehlte jedes entsprechende anatomische Korrelat.

Eine spezifische Ernährungstherapie für die an Pseudodysenterie erkrankten Säuglinge und Kinder konnte nicht ausgemittelt werden.

Klotz (Schwerin).

J. Goldberg und **K. Oczesalski.** *Ein Fall von Tollwut mit Ergriffensein der Hirnhäute.* (Gaz. lek., Nr. 47/48.)

Ein 13jähriger Knabe wurde am 11. Juni 1913 von einem wutkranken Hunde gebissen. Am nächsten Tage wurde es mit Pasteurschen Impfungen begonnen. Nach 6 Impfungen unterbrach der Knabe die Kur und kehrte nach Hause zurück. Am 25. Juni stellen sich Erbrechen, Kopfschmerzen, Schüttelfrost und Schmerzen in den Extremitäten ein. Eingeliefert am 26. Juni, erhielt er noch eine Impfung. Da traten aber Symptome der Meningealreizung hervor. Die Lumbalpunktion zeigte eine trübe Flüssigkeit; Eiweiß 0·05%. Im

Zentrifugat meistens polynukleäre Leukozyten. Daraufhin wurden 10 cm³ Meningokokkenserum dem Kranken intralumbal injiziert. Die Kultur war negativ. Der Kranke starb am 29. Juni. Die mikroskopische Hirn- und Rückenmarkuntersuchung ergab: Sowohl die Meningen wie die Gefäße der weißen und der grauen Substanz infiltriert. Das Infiltrat bestand aus Lymphozyten und Plasmazellen. Chromatolyse der Nervenzellen der vorderen und hinteren Hörner; hie und da Neurophagie und Wucherung der Neuroglia. Die weiche Hirnhaut stellenweise verdickt und infiltriert. Histologische Diagnose: Meningomyelitis. Die biologische Kaninchenprobe stellte Tollwut fest. In diesem Falle war die Inkubationsdauer sehr kurz. Dadej.

Jochmann. *Salvarsan bei Scharlach.*

Derselbe. *Über atypische Lyssaerkrankungen und ihre Beziehungen zur Wutschutzimpfung.*

Boehnke. *Über die Haltbarkeit des Diphtherie- und Tetanusserums.* (Veröffentl. a. d. Geb. d. Medizinalverw., Bd. III, H. 7.)

Jochmann hat im Virchowkrankenhause 117 Fälle von Scharlach mit Salvarsan behandelt. Bei 109 Fällen wurde Altsalvarsan und bei den übrigen Neusalvarsan verwendet. In nahezu der Hälfte der mit Altsalvarsan behandelten Fälle traten Nebenerscheinungen auf: Frösteln, Temperaturerhöhungen um 1 bis 2 Grade, Erbrechen, Durchfälle, alles insgesamt etwa 4 bis 6 Stunden dauernd. Die Dosen betrugen 1 g auf 10 kg Körpergewicht. Mehr als 0·4 g wurden jedoch auch bei Erwachsenen nicht gegeben. Das Resultat war: Besserung des allgemeinen Krankheitsgefühls und günstige Beeinflussung der Scharlachnekrose.

In der zweiten Arbeit teilt derselbe Verf. verschiedene Fälle von atypischer Lyssa mit. Solche Fälle verlaufen gewöhnlich unter dem Bilde von akuten Paraplegien und wurden von manchen Autoren nicht als Erscheinungen der Lyssa, sondern als Nebenwirkungen der Schutzimpfung aufgefaßt. Der Verf. lehnt für seine Fälle die letzgenannte Ätiologie jedoch ab.

Boehnke stellte durch Versuche im Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt fest, daß das in Deutschland im Verkehr befindliche Diphtherieserum bei guter Füllung und festem Verschluß der Fläschchen, wenn es nicht direkten Schädigungen durch Licht oder Wärme ausgesetzt ist, im allgemeinen eine praktisch unbegrenzte Haltbarkeit besitzt mit anscheinend ganz geringem und sehr allmählichem Antitoxinverlust. Auch die Haltbarkeit des Tetanusantitoxins erwies sich als durchaus befriedigend. Birk (Kiel).

Armas Cederberg. *Zur Theorie des Scharlachs.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 64.)

Für die Auffassung, daß Scharlach nicht in die Reihe der übrigen akuten allergischen Exantheme eingebracht werden kann, spricht allein schon die große Variabilität der Inkubationszeit. Mit einem allergischen Ursprung des Scharlachexanthems läßt sich aber

auch die Deutung der postskarlatinösen Erkrankungen nicht vereinigen; die letzteren müssen vielmehr mit einem plötzlichen Auftreten der Antikörper in der Blutbahn in Zusammenhang gebracht werden. Keller (Berlin).

Adolf Baginsky. *Zur Kenntnis der nephritischen Herzanomalien bei Scharlach und ihre Behandlung.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1929.)

Klinischer Vortrag im Anschluß an die Demonstration zweier Fälle. Der erste betrifft ein 7 Jahre altes Kind, das 3 Wochen vorher an Scharlach erkrankt war. Zurzeit bestehen urämische, von einer hämorrhagischen Nephritis eingeleitete Symptome. Im Vordergrund steht die schwere Mitbeteiligung des Herzens (Dilatationen, besonders nach rechts) und Lungenödeme. Zweimalige Venaesektion mit Unterstützung durch medikamentöse Therapie (Digitalin, Koffein, Kampfer) schaffte Besserung.

Im zweiten Falle handelt es sich um ein $3^1/_4$ Jahre altes Kind, von dessen Symptomen besonders hervorgehoben werden: sehr spärliche Diurese bei sehr eiweißreichem Harn, universaler Hydrops mit Stauungen in den Lungen, Herzdilatation, niedrige Spannung der Arterien bei elender Pulswelle und einer Pulsfrequenz von 120. Von Schwitzbädern wurde Abstand genommen, dagegen mit Erfolg kalte Packung angewendet, in welcher das Kind unter sorgfältiger Aufsicht einige Stunden liegen blieb. Die Temperatur fiel, die Harnsekretion stieg. Keller (Berlin).

C. Levi. *Über abortiven Scharlach in den ersten Lebensmonaten.* (Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. Immunitätsf., Bd. II, H. 2, S. 227, 1914.)

Im Gegensatze zur geläufigen Anschauung glaubt Verf., daß Kinder in den ersten Lebensmonaten keine besondere Immunität gegen Scharlach besitzen. Auffallend war, daß die an der Brust frisch durchscharlachter Mütter genährten Kinder nur einen sehr leichten abortiv verlaufenden Scharlach akquirierten. Man könnte zur Erklärung einen Übergang von Immunstoffen aus dem mütterlichen Blute durch die Milch auf den Säugling annehmen.

Lehndorff (Wien).

Lämmerhirt. *Über zweimaliges Auftreten von Scharlach.* (Med. Klinik, 1913, Nr. 37.)

Kurze Mitteilung über 3 Neuerkrankungen an Scharlach. Die neue Erkrankung kann gelegentlich schwerer als die erstmalige, ja, tödlich verlaufen. Klotz (Schwerin).

M. Massini. *Über die diagnostische Bedeutung der Döhleschen Leukozyteneinschlüsse für die Scharlachdiagnose.* (Med. Klinik, 1913, Nr. 42.)

Verf. fand die Döhleschen Körperchen bei Pneumonia crouposa der Kinder wie der Erwachsenen ebensooft wie bei Scharlach. Von

8 Tuberkulosen hatten 6 Einschlüsse. Auch bei Masern und Masernpneumonie wurden die Körperchen nicht vermißt.

Klotz (Schwerin).

M. Gromski (Lodz). *Über Urobilinurie bei Scharlach.* (Przegl. pedyatr.)

In 25 Fällen, welche in dieser Richtung systematisch im ganzen Verlaufe untersucht wurden, konstatierte der Verf. von dem 2. oder dem 3. Krankheitstage an bis zur Entfieberung oder diese einige Tage überdauernd regelmäßig Urobilinurie. Das Symptom wird, wie das schon von Rauch und Reuss geschehen ist, an die Läsion des Leberparenchyms, welche durch die Schwellung der Leber und durch Gelbsucht in zahlreichen Scharlachfällen manifest wird, bezogen. Die funktionelle Schwäche der Leber ließ sich auch in 6 Fällen auf 7 durch die alimentäre Levulosurie nachweisen.

Lewkowicz (Krakau).

J. Boguszewski (Wilna). *Scharlachepidemie in Wilna 1912.* (Lek. wilenski, Nr. 1.) Lewkowicz (Krakau).

D. Niesenson. *Einige Bemerkungen über die letzte (1912) Epidemie von Scharlach in Warschau.* (Med. i Kron. lek., Nr. 17.)

In schweren Fällen von Scharlach hat Niesenson gute Resultate mit Streptokokkenserum in Dosen von 10 bis 50 cm^3 erzielt. In einigen Fällen von Scharlachangina mit negativem bakteriologischen Befund (keine Diphtheriebazillen) hat sich dennoch das antidiphtheritische Serum gut bewährt. Bei skarlatinöser Septikopyämie verwendete Niesenson kleine, 2 bis 4% Kollargolklysmen oder subkutane Injektionen von Elektrargol (5 bis 10 cm^3). Bujak.

Mathilde Biehler. *Einige Bemerkungen über Scharlachvakzine.* (Med. i Kron. lek., Nr. 41.)

Von 28 Fällen, die mit Scharlachvakzine von Gabritschewsky vorbehandelt waren, erkrankten 2 Kinder (nach 2maliger Vakzination) an ziemlich leichtem Scharlach. Die Verf. injizierte die Vakzine subkutan in Dosen von 0·05 bis 0·10 bis 0·20 cm^3, je nach dem Alter der Kinder und der mutmaßlichen Schwere der drohenden Erkrankung. Bujak.

H. Czarkowski (Warschau). *Über Verwendung von Scharlachvakzine.* (Med. i Kron. lek., Nr. 47.)

Die Vakzination nach Gabritschewsky wurde vom Verf. bei 230 Personen ausgeführt; die verwendeten Dosen waren 0·05 bis 0·25 cm^3. Von den Geimpften erkrankten 11 Personen = 7·5%. Die Reaktion auf die Impfung erfolgte in Form von Temperatursteigerung, allgemeiner Prostration, Rötung und Ödem der Impfstelle. Der Scharlachverlauf bei den zu spät Geimpften (im Inkubationsstadium) war immer milde. Bujak.

J. Krukowski. *Über Scharlachvakzine nach Gabritschewsky.* (Med. i Kron. lek., Nr. 47.)

Während einer Scharlachepidemie in einer kleinen Ortschaft wurden 100 Schulkinder der Vakzination unterzogen. Allen Kindern wurde in Intervallen von 5 Tagen 0·10, 0·15 und 0·25 cm^3 unter die Haut eingespritzt. In 20% kam es zur Reaktion: Rötung und Ödem an der Einspritzungsstelle, allgemeine Hautrötung und Angine. In einem Falle entstand ein Bild von leichtem Scharlach, welches nur 3 Tage dauerte und von keiner Hautabschuppung gefolgt war. Von den Geimpften erkrankte kein einziges Kind, obwohl öfter bei den Geschwistern der Schulkinder mehrere Krankheits- und Todesfälle vorgekommen sind; die Schulkinder waren von den Erkrankten nicht isoliert. Bujak.

J. C. Trumpy. *Beobachtungen während einer Masernepidemie.* (Tidsskrift for den norske Laegeforening, 1913, S. 537, Norwegen.)

Im Küstenhospital Fredriksvaern für skrofulöse Kinder traten 12 Fälle von Masern auf. Es zeigte sich, daß die Infektion wahrscheinlich durch Kontakt geschah und nicht durch die Luft. Das katarrhalische Stadium dauerte sehr lange, 5 bis 8 Tage, bis das eigentliche Masernexanthem hervortrat. 5 von den Kranken zeigten 3 bis 6 Tage nach dem Anfange des katarrhalischen Stadiums ein Prodromalexanthem, zum Teil konfluierend, am Abdomen und Rücken wie auch an den Lenden.

Die Diazoereaktion zeigte sich erst positiv beim Ausbruch des Exanthems wie auch später.

Während der Krankheit war v. Pirquets Reaktion schwach, mehr eine Spätreaktion; bei 2 negativ; in der Rekonvaleszenz dagegen bei allen stark positiv. In der Regel wurde Leukopenie gefunden: niemals über 9700. Carl Looft.

Jungelunas. *Zur Frage der experimentellen Masern.* (Zentralbl. f. Bakter. u. Paras., Bd. LXXII, S. 483, 1914.)

Sämtliche (10) Versuche an verschiedenen Affen, durch Kontakt mit Kranken oder Einverleibung von Krankheitsprodukten von Masernkranken Morbillen zu erzeugen, schlugen fehl. Nur bei einem Pavian bildete sich ein Exanthem und Enanthem, das Tier starb am 12. Tage nach der Blutinjektion; es fand sich keine Organveränderung, die als Todesursache gedeutet werden konnte.

Lehndorff (Wien).

Friedjung. *Kritische Beiträge zur Lehre von der Masernerkrankung.* (Wiener med. Wochenschr., 1914, S. 940.)

Die allgemein angenommene Disposition des Menschen für die Masernerkrankung ist dahin zu ergänzen, daß einzelne Individuen dauernd masernfest, andere temporär immun sind. Die Inkubation kann nicht selten die gewohnte Frist von 13 bis 14 Tagen überschreiten und selbst 21 Tage betragen. Die Behauptung von wiederholten

Masernerkrankungen und Masernrezidiven ist noch nicht über jeden Zweifel sichergestellt. Lehndorff (Wien).

May Grumann. *Beitrag zur Frühdiagnose der Masern.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 2.)

Auf beiden Tonsillen punkt- und strichförmige, weißliche Effloreszenzen, zirka 3 mm lang, in der Gegend lakunärer Einziehungen, aber auch auf erhabenen Stellen. Regelmäßig erweisen sich diese Flecke als Vorboten von Masern. Nach 1 bis 2 Tagen ist das Exanthem da.

Manchmal tritt die Maserntonsillitis synchron mit Koplikschen Flecken auf, hin und wieder sind die letzteren auch nur allein nachweisbar, oft aber ist die Maserntonsillitis das einzige prägnante Frühsymptom. Klotz (Schwerin).

B. Hahn. *Experimentelle Beiträge zur Pathogenese postdiphtherischer Lähmungen.* (Zeitschr. f. d. ges. exper. Med., Bd. III, S. 198. 1914.)

Wurde bei Tieren das Nervensystem durch Alkoholfütterung geschädigt, so wurde hierdurch eine derartige Resistenzverminderung erzeugt, daß schon sehr kleine Dosen von Diphtherietoxin, die ein gesundes Nervensystem nicht schädigten, deutliche Lähmungserscheinungen hervorriefen. Auch in der Pathogenese der menschlichen postdiphtherischen Lähmung hat die Edingersche Aufbrauchtheorie Geltung. Lehndorff (Wien).

Bachauer. *Diphtheriebekämpfung in den Volksschulen Augsburgs.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 11.)

Die Bekämpfung der Diphtherie auf bakteriologischer Grundlage geht folgendermaßen vor sich:

1. Diphtheriekranke Kinder und deren Geschwister werden erst wieder zum Schulbesuch zugelassen, wenn der Rachen keimfrei befunden wird.

2. Bei gehäuftem Auftreten von Diphtherie in einer Klasse fallen auch die an Halsentzündung erkrankten Kinder unter das Verfahren sub 1.

3. Bei hartnäckigen Epidemien müssen alle Schüler der betreffenden Klasse untersucht werden, um Bazillenträger ausfindig zu machen.

Diphtherierekonvaleszenten kamen gewöhnlich 3 bis 4 Wochen nach Beginn der Erkrankung in schulärztliche Behandlung. Bazillenträger wurden mehrfach entdeckt. Die durchschnittliche Entkeimungsdauer betrug 4 bis 5 Wochen. Von 173 Diphtheriekranken und Bazillenträgern brauchten 10 länger als 7 Wochen zur Entkeimung. Jodtinkturpinselungen oder Malonsäuregurgelungen als Entkeimungsmittel erwiesen sich ohne besonderen Wert.

Große Schwierigkeit machte die Kontrolle des Umgangs der vom Schulbesuch ausgeschlossenen Schüler miteinander. Die Frage, wie die Isolierung absolut wirksam durchgeführt werden muß, ist

noch ungelöst. Am besten scheint noch die Aufklärung der Eltern über die Gefahren des Verkehrs ihrer Kinder mit Diphtheriebazillenträgern zu wirken. Bei langdauernder Schulversäumnis wurde durch Gewährung von Nachhilfeunterricht das Versäumte wieder ausgeglichen.

Es fand sich übrigens, daß in der familiären Umgebung diphtheriekranker Kinder 25% Keimträger waren. Klotz (Schwerin).

F. Reiche. *Diphtherie und soziale Lage.* (Med. Klinik, 1913, Nr. 33.)

Eine gleichmäßige Beziehung der Diphtheriefrequenz zum durchschnittlichen Wohlstande der Hamburger Stadtbezirke ergab sich nicht. Die villenartig gebauten Stadtteile haben ferner mindestens die gleiche Diphtheriemorbidität wie die Mietskasernenviertel. Auch trockener Geest- und feuchter Marschboden spielt keine Rolle. Es ist also nicht die Exposition, sondern die persönliche Disposition wichtig. Klotz (Wien).

F. Reiche. *Über Herpes facialis bei Diphtherie.* (Med. Klinik, 1913, Nr. 35.)

Wurde bei rund 7% beobachtet. Unterjährige Kinder und Erwachsene über 50 Jahre ließen Herpes vermissen. Nach dem 15. Lebensjahr überwog das weibliche Geschlecht. Der dritte Krankheitstag war der Prädilektionstermin für das Auftreten des Herpes (genau wie bei Pneumonie). Die Bläschen befielen fast ausschließlich das Gesicht. Eine prognostische Bedeutung kommt ihnen nicht zu.

Klotz (Schwerin).

Erwin Kobrak. *Durch den Diphtheriebazillus hervorgerufene blenorrhoische Prozesse, speziell der kindlichen Vagina.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 10.)

Interessante Kasuistik: 1. In einer Familie erkrankt die Mutter an einer hochfieberhaften, phlegmonösen Angina ohne jeden Belag. Diphtheriebazillen positiv. 2 Tage darauf bekommt die 5jährige Tochter typische Diphtherie. Auch bei der Mutter waren mittlerweile Membranen gebildet worden. Schutzimpfung der übrigen Familienmitglieder erfolgreich, obwohl bei dem einen Kranken bereits Diphtheriebazillen in der Mundhöhle nachgewiesen werden konnten.

2. Ein 3jähriger Knabe erkrankte an schwerster Kehlkopfdiphtherie ohne Membranbildung. Bei der Tracheotomie wird nur massenhaft übelriechender Eiter aus den tieferen Luftwegen entleert. Exitus. Zugleich erkrankten 2 Familienmitglieder an typischer Rachendiphtherie.

3. und 4. 2 Fälle von Vulvovaginitis bei 9jährigen Mädchen mit dem bekannten serös eitrigen Ausfluß. Das Sekret enthielt keine Gonokokken, wohl aber Diphtheriebazillen. Schnelle Besserung auf Injektion von Heilserum. Klotz (Schwerin).

W. Puławski (Radziejów). *Behandlung der Diphtherie mit spezifischem Serum.* (Przegl. lek., Nr. 27.)

Bericht über 35 im Jahre 1912 behandelte Fälle, ein Todesfall.

Lewkowicz (Krakau).

Zabko-Potopowicz (Wilna). *Intubation und Tracheotomie bei Larynxdiphtherie.* (Lek. wilenski, Nr. 6.)

Der Verf. verlängert eventuell die Dauer der Intubation bis zu 31 Tagen und mehr. Die Notwendigkeit dieser Verlängerung ist nicht immer durch die Anwesenheit der Drucknekrose bedingt; anderseits hat auch die langdauernde Intubation nicht immer die Drucknekrose zur Folge. Man kann also nicht von vornherein bestimmen, auf wie lange die Intubation verlängert werden soll. Im Wilnaer Spitale wird die Intubation auch von den Pflegerinnen geübt, was die, manchmal in länger dauernden Fällen unbedingt notwendige, sofortige Hilfeleistung ermöglicht. Lewkowicz (Krakau).

B. Krysiewicz. *Statistischer Beitrag zur Klinik der Diphtherie.* (Nowiny lek., H. 12.)

Eine Spitalsstatistik. Dadej.

Einar Aaser. *Eine Poliomyelitisepidemie im Frühjahr 1912 in Lindaas, Norwegen.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 246.)

Eine dünne Bevölkerung, große Distanzen, schlechte Verkehrsverbindungen, nur zeitweiliger Schulbesuch sind Verhältnisse, die das Studium einer Epidemie sehr erleichtern. Diese Bedingungen waren bei einer kleinen Poliomyelitisepidemie in Lindaas an der Westküste Norwegens gegeben. Es ließ sich die Bedeutung der leichten Abortivfälle für das Weiterschreiten der Epidemie nachweisen. Keller (Berlin).

F. Lust und **F. Rosenberg** (Heidelberg). *Beitrag zur Ätiologie der Heine-Medinschen Krankheit.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, S. 121.)

Die Verff. weisen darauf hin, wie sehr die Ätiologie beziehungsweise Pathogenese der Heine-Medinschen Krankheit noch in Dunkel gehüllt ist. Man hat das Virus bei Abortivfällen, bei Erkrankten und bei Gesunden in der Umgebung von Kranken gefunden und dennoch sind Geschwistererkrankungen oder solche innerhalb eines Hauses relativ selten. So befand sich unter dem Material der Verff. (71 Erkrankungsfälle) kein einziges Geschwisterpaar und nur bei 6 war ein sicherer Kontakt nachweisbar. Was das Vorkommen von Geflügellähme in Poliomyelitisdistrikten anbelangt, so ergaben die daraufhin angestellten Untersuchungen, daß Hühner für vom Menschen oder Affen stammendes Poliomyelitisvirus nicht empfänglich sind. Demgegenüber verliert die Tatsache des Vorkommens lähmungsartiger Zustände bei Hühnern und des histologischen Nachweises poliomyelitisähnlicher, entzündlicher Veränderungen im Rückenmark an Bedeutung. Auch läßt sich die Hühnerlähme in poliomyelitisverseuchten Distrikten nicht auf Tiere gleicher Rasse übertragen.

Klotz (Schwerin).

Max Deutsch. *Beitrag zur Epidemiologie der akuten epidemischen Kinderlähmung mit besonderer Berücksichtigung der rheinisch-westfälischen Epidemie, 1909.* (Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung [Brauer, Schottmüller, Much, Lüdke], Bd. II, H. 1, 1913.)

Unter 90 Individuen hatten 84 in der Inkubationszeit an hartnäckigen, gastrointestinalen Erscheinungen gelitten, teils Durchfall, teils schwere, auch durch Laxantien nicht zu beseitigende Obstipation.

Die Heine-Medinsche Krankheit ist durch direkten Kontakt übertragbar und durch gesunde, menschliche Zwischenträger; Nahrungsmittel, Ungeziefer spielen bei der Infektion keine Rolle. Das Virus tritt durch Tonsillen, obere Luftwege, Magendarmkanal ein.

Im Frühjahr und Spätsommer häuften sich die Erkrankungen.

Klotz (Schwerin).

M. Biehler (Warschau). *Spinale Kinderlähmung. Heine-Medinsche Krankheit.* (Przegl. pedyatr.; deutsch im Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXVII.)

Z. Bychowski (Warschau). *Heine-Medinsche Krankheit.*

Nichts Neues. Lewkowicz (Krakau).

Mathilde Biehler. *Einiges über die Epidemie von Poliomyelitis acuta anterior (Heine-Medinsche Krankheit) in Königreich Polen im Jahre 1911.* (Med. i Kron. lek., Nr. 6/7.)

Die Verf. verfügt über ein Material von 9 eigenen Fällen und 157 Angaben von verschiedenen Ärzten aus Königreich Polen. Die Mortalität betrug 4·5%, komplette Heilung kam in 45·3% vor. Was die Formen anbelangt, so beobachtete man — der Häufigkeit nach untere Monoplegie, bulbäre Paralyse, zerebrale, meningeale und polyneuritische Form. Als häufige Initialsymptome erschienen Hyperästhesie, Schweiße, Fieber und Darmerscheinungen. Die Inkubationsdauer betrug 3 bis 5 Tage. Im vorparalytischen Stadium (4 Fälle) kam es zur ausgesprochenen Leukopenie im Blute. In einigen Fällen erwiesen sich intradurale und subkutane Injektionen von Elektrargol Clin. (5 cm^3) als wirksames therapeutisches Mittel. Bujak.

Flexner und **Amoss.** *Penetration of the virus of poliomyelitis from the blood into the cerebrospinal fluid.* (Eindringen des Virus der Kinderlähmung in die Zerebrospinalflüssigkeit.) (Journ. Exper. Med., April 1914.)

Der Übergang erfordert 3 bis 4 Tage vom Blute in die Zerebrospinalflüssigkeit; dann ist aber das Virus in der letzteren fast 3 Wochen nachweisbar. Wachenheim (New York).

Walter Schneider. *Blutuntersuchungen bei Keuchhusten.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 6.)

Die lymphozytären Elemente sind in den ersten 4 Wochen relativ vermehrt, die großen mononukleären und die Übergangsformen ebenfalls geringgradig. Die seit langem bekannte Leukozytose bei Pertussis wird bestätigt.

In diagnostischer Hinsicht ist die Ausbeute der Arbeit gering, in prognostischer leider auch. Klotz (Schwerin).

Lagane. *Le bacille de Pfeiffer chez le nourrisson.* (Les méningites cerébro-spinales Pfeifférien nes.) (Le Nourrisson, Bd. I, Nr. 3, Mai 1913.)

Die Infektion mit den Pfeifferschen Influenzabazillen ist für den Säugling besonders deshalb gefährlich, weil eine Erkrankung der Meningen bei diesem viel leichter vorkommt als beim Erwachsenen respektive beim ersteren einen viel schwereren Verlauf nimmt. Die Infektion nimmt wohl immer ihren Ausgang von den Respirationswegen. Charakteristisch für die Influenzameningitis ist der schleichende und späte Beginn der Meningitis, 10 bis 14 Tage nach der Infektion und selbst später. Oft sind nur Somnolenz oder geringe Unruhe, einige Zuckungen, Erbrechen, vasomotorische Störungen das erste Zeichen der Meningealerkrankung. Erst später treten plötzlich die klassischen Zeichen der Meningitis auf.

Von dieser subakuten Form der Erkrankung trennt Lagane eine akut einsetzende Form ab, die er dem Cohenschen Bazillus zuschreibt. Dieser hat im Gegensatze zum Pfeifferschen Bazillus die Eigenschaft, sich im Blute zu verbreiten und neben der vorwiegenden Erkrankung der Meningen eitrige Metastierungen mit Ergüssen in den serösen Höhlen, Gelenken usw. zu verursachen. Lagane läßt die Frage offen, ob es sich beim Cohenschen Bazillus vielleicht nur um eine virulentere Form des Pfeifferschen Bazillus handelt. Thorspeken (Bremen).

Tuberkulose.

Francis Harbitz. *Beitrag zur Kenntnis von der Tuberkulose im Kindesalter.* (Norsk Mag. for Laegevidenskaben, 1913, S. 1, Norwegen.)

Von 484 Sektionen an Kindern im Alter 1 bis 05 Jahren wurde tuberkulöse Infektion in 40% gefunden. Tuberkulose war die Todesursache in 24·4%. Die Häufigkeit der Tuberkulose nahm mit dem Alter zu. Im ersten Halbjahre waren 11%, im Alter von 14 bis 15 Jahren 85% der Kinder tuberkulös infiziert. Die primäre Lokalisation, soweit man nach dem am stärksten ausgesprochenen ana-

tomischen Prozesse schließen dürfte, war in 65% der tödlich verlaufenden Fälle im Respirationstraktus gefunden, ebenso in 68% der latenten Fälle. In den übrigen Fällen war der Ausgangspunkt wahrscheinlich der Digestionstraktus, verschiedene Lymphdrüsen oder unbekannt.

Je früher im Kindesalter die Tuberkulose auftritt, desto größere Ausbreitung und Destruktion wurde gefunden.

Bei einem 25 Tage alten Kinde wurde angeborene Tuberkulose gefunden. Die Mutter des Kindes starb 28 Tage nach der Entbindung; die Sektion zeigte Lungentuberkulose, tuberkulöse Salpingitis und Tuberkulose in der unteren Wand an der Plazentarstelle. Das Kind war von der Mutter sofort nach der Entbindung entfernt worden. Die Sektion des Kindes zeigte kleine tuberkulös-pneumonische Infiltrate in beiden Lungen und käsige Degeneration der Trachealdrüsen. Der Verf. hebt hervor, daß eine Infektion nach der Geburt nach 6 Wochen, möglicherweise schon nach 4 Wochen den Tod eines Kindes bewirken kann. Viele von den Fällen, die als angeborene beschrieben sind, müssen daher als nach der Geburt erworbene Tuberkulose aufgefaßt werden. Carl Looft.

Erich Müller. *Die Tuberkulose im Kindesalter, ihre Behandlung und Prophylaxe.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 4.)

Es ist interessant, daß Verf. weiterhin rückhaltlos für das Friedmannsche Mittel eintritt. „Zu meiner Freude kann ich heute, nachdem ich über Jahr und Tag seine Behandlungsresultate weiter beobachtet habe, nur wiederholen, was ich vor einem Jahr ausgesprochen habe, nämlich, daß wir in dem Friedmannschen Tuberkulosebazillenstamm ein mächtiges Heilmittel im Kampfe gegen die Tuberkulose besitzen, das alle bekannten spezifischen Tuberkulosemittel wesentlich an Wirksamkeit übertrifft. Die Behandlung erfordert gewisse Erfahrungen und gewisse Kenntnisse, aber diese sind zu erlernen. Besonders wirksam scheint das Mittel bei der kindlichen Tuberkulose zu sein..... Ich möchte nur noch erwähnen, daß die absolute Unschädlichkeit des Friedmannschen Mittels durch viele Tausende von Injektionen sichergestellt ist."

Bezüglich der Skrofulose nimmt Müller einen Standpunkt ein, welcher mit den Lehren Czernys harmoniert. Er betont ferner die Schwierigkeiten der Diagnose Bronchialdrüsentuberkulose.

Milch bekommen tuberkulöse Kinder bei Müller überhaupt nicht, sondern Sahne, 200 bis 500 cm^3, je nach dem Alter. Auf eine tüchtige Ration Butter pro Tag wird Wert gelegt. Die tuberkulöse Komponente bei skrofulösen Kindern erfordert nach Müller in erster Linie diätetische Berücksichtigung (fettreiche Kost), weniger die exsudative Diathese, die man „ernährungstechnisch sozusagen vernachlässigen" darf.

Die Behandlung der äußeren Tuberkulose soll eine streng konservative sein. Die Sonnen- und Luftbehandlung wird gebührend hoch bewertet. Aber auch hier kommt Müller wieder auf Fried-

mann zurück. „Die Sonnen- und Luftbehandlung in Gemeinschaft mit dem neuen Friedmannschen Heilmittel setzt uns immer in die Lage, auf konservativem Wege vollkommene Heilung zu erzielen."

Den Solbadekuren gegenüber wird zur Vorsicht geraten. Zum Schluß geißelt Verff. die engbegrenzten Vorschriften über die Aufnahme Tuberkulöser im Heilstätten. Klotz (Schwerin).

Di Cristina und **Caronia** (Palermo). *Anaphylaxie und Antianaphylaxie bei der infantilen Tuberkulose und ihre Beziehungen zu der Tuberkulinbehandlung.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXII, S. 190.)

Die Untersuchungen sind zur Wiedergabe in kurzem Referat nicht geeignet. Für die Therapie ziehen die Verff. daraus den Schluß, daß es möglich ist, eine sichere Richtschnur für die Indikation einer Tuberkulinbehandlung zu gewinnen. Die Fälle, bei denen es schwer hält, eine vollständige Immunitätsreaktion auszulösen, sind dafür ungeeignet. Zur Erzielung einer Heilung im biologischen Sinne genügt es nicht, Immunkörper im Kreislauf zu provozieren, sondern man muß eine wirkliche Antianaphylaxie hervorrufen.

Thorspecken (Bremen).

H. G. Gade. *Tuberkulinreaktionen.* (Med. Rev., 1913, S. 12, Norwegen.)

Verf. hat am Hagevik-Küstenhospital für skrofulöse Kinder an 524 Kindern v. Pirquets Reaktion gemacht. 367 von diesen Kindern hatten manifeste Tuberkulose, bei diesen war die Reaktion nur bei 14 (3·8%) negativ. Von diesen 14 wurden 4 intrakutan mit Tuberkulin untersucht, alle reagierten dann positiv. Von 116 an Tuberkulose suspekten Kindern reagierten 29 bis 25% negativ, 7 von diesen wurden intrakutan untersucht, 6 reagierten positiv. 40 Kinder wurden als nicht tuberkulös im Hospitale behandelt, 6 von diesen reagierten positiv auf v. Pirquet; von den übrigen 35 reagierten nach der intrakutanen Methode 7 positiv von 10 untersuchten. In einem in der Nähe des Küstenhospitals liegenden Kinderheime, wo angeblich nur gesunde Kinder unter den besten hygienischen Verhältnissen verpflegt werden, wurden sämtliche 31 Kinder untersucht, bei 9 war v. Pirquet positiv, bei der intrakutanen Tuberkulinreaktion dagegen 23 = 76·67%.

Der Verf. schließt von seinen Untersuchungen, daß + v. Pirquet gewiß zeigt, daß so und so viele Kinder Tuberkulose haben; eine — v. Pirquet schließt dagegen nicht Tuberkulose aus. Daß man in einer Stadt und dort wieder unter den verschiedenen unhygienisch situierten Volksklassen häufiger v. Pirquet-Reaktion positiv findet wie am Lande oder unter wohlhabenden Klassen, bedeutet nicht ohneweiters, daß die ersteren häufiger von Tuberkulose angegriffen sind; bei den negativen können die inaktiven Formen vorkommen, die sich nicht nach v. Pirquet nachweisen lassen, die man aber z. B. mit der intrakutanen Methode nachweisen konnte. Je feiner die Tuberkulindiagnose entwickelt wird, desto mehr müssen

wir die Auffassung erhalten, daß die Tuberkulose eine relativ gutartige Krankheit ist. Drei Viertel der Angegriffenen kommen mit dem Leben davon, meistens ohne große Nachteile. Carl Looft.

H. Rozenblatt (Lodz). *Über kutane Tuberkulinreaktionen bei Kindern.* (Med. i Kron. lek., Nr. 29/30.)

Die Verf. untersuchte 79 Kinder im Alter von 11 Monaten bis 15 Jahren auf Tuberkulintiter vermittels der intrakutanen Reaktion nach Mantoux. Sie injizierte gleichzeitig 0·0001, 0·001, 0·01 und 0·1 mg von Alttuberkulin. Von den so untersuchten Fällen gehörten 54 der aktiven, 25 der inaktiven Tuberkulose. Auf Grund dieser Untersuchungen läßt sich kein prinzipieller Unterschied zwischen beiden Formen der Tuberkulose durchführen. Bei den Versuchen (21 Fälle) der Sensibilisierung auf Tuberkulin bei aktiven und inaktiven Tuberkulosen zeigte sich auch keine Regel. Bujak.

Robertson. *The significance of the v. Pirquet reaction in surgical tuberculosis of children.* (Bedeutung der v. Pirquetschen Reaktion bei chirurgischer Tuberkulose der Kinder.) (Boston Med. and Surg. Journ., 2. April 1914.)

Verf. findet die Reaktion bis zum 12. Jahre diagnostisch recht zuverlässig; sie versagt selten bei klinischer Tuberkulose.

Wachenheim (New York).

H. Rozenblat (Berlin). *Über Tuberkelbazillen im Blute von Säuglingen und älteren Kindern.* (Przegl. pedyatr.)

32 Fälle. In 20 Fällen negatives Resultat, in 8 von diesen Fällen war die Pirquetsche Probe positiv. In 12 Fällen positives Resultat. In allen diesen Fällen ließ sich die Tuberkulose entweder klinisch als manifest oder wenigstens durch die Pirquetsche Probe als latent nachweisen. Lewkowicz (Krakau).

Fishberg. *A study of the child in the tuberculous milieu.* (Das Kind im tuberkulösen Milieu.) (Arch. of Pediatr., Februar und März 1914.)

Die Untersuchungen des Verf. umfassen 217 Familien, bei denen Tuberkulose der Eltern mit schlechten hygienischen Verhältnissen verbunden war. 792 Kinder wurden Gegenstand der vorliegenden Forschung. Verf. bemerkte nach dem 4. Jahre ein starkes Zurückbleiben und um das 14. Jahr reagierten 84% auf Pirquet positiv. Klinisch nachweisbare aktive Tuberkulose wurde bei 65 Kindern gefunden, davon aber bloß 19 mit Lungenaffektion; die Mortalität an Meningitis war erschreckend hoch, 16% der gesamten Sterbefälle, dagegen nachweislich bloß 7% an Lungentuberkulose. Insgesamt erlagen etwa 30% der beobachteten Kinder, so daß die Prognose relativ sehr schlecht, wenngleich nicht absolut ungünstig ist.

Wachenheim (New York).

Birger Överland v. Pirquet. *Untersuchungen bei Kindern.* (Med. Rev., 1913, S. 1, Norwegen.)

Verf. hat Untersuchungen in 2 Schulen in einer Stadt (Bergen) und ebenso in 2 Schulen auf dem Lande gemacht. Von 843 Kindern in der Volksschule der Stadt reagierten 46·14% positiv, während von 119 Schülern der Kathedralschule 38·65% positiv reagierten.

In der Volksschule war das Maximum des Reaktionsprozentes im Alter von 10 Jahren erreicht, in der Kathedralschule erst im Alter von 16 Jahren.

Die meisten positiv Reagierenden stammten aus Familien ohne Tuberkulose. Von den aus tuberkulösen Familien stammenden Kindern reagierten inzwischen 76·55%. Von den Kindern, die die Kathedralschule frequentierten und aus tuberkulösen Familien stammten, reagierten nur 36%. In einer Schule am Lande reagierten von 276 Kindern nur 27·18 positiv.

80% von diesen waren aus Familien mit Tuberkulose, von den negativ reagierenden waren nur 12·4% aus Familien mit Tuberkulose.

In der anderen Landesschule wurden 284 Kinder untersucht; 26·06% reagierten positiv, 70·3% von diesen waren aus Familien mit Tuberkulose. Der Verf. hebt hervor, wie die Verhältnisse in einer Stadt und am Lande verschieden sind und wie häufiger und leichter eine Infektion in einer Stadt vorkommen kann.

Die Zahlen aus den Landesschulen zeigen auch, welche Rolle die tuberkulösen Familien für die Ausbrechung der Infektion spielen.

Die Arbeit gegen die Tuberkulose muß daher darauf gerichtet sein, die Kinder im frühesten Alter von solchen Infektionsquellen zu entfernen. Carl Looft.

Arluck (Odessa). *Zur Frage über Tuberkulose in der Schule.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXII, S. 199.)

Von den aus russischem Material gezogenen Schlüssen des Verf. sei folgendes hervorgehoben: Manifeste Tuberkulose wird selten in der Schule angetroffen. Bei 5 bis 6% fand sich latente inzipiente Tuberkulose. Die Tuberkulose ist keine Schulkrankheit und die Schule kann nur in seltenen Fällen als Ansteckungsquelle gelten. Die Sterblichkeit an Tuberkulose im Schulalter ist gering im Vergleich mit der Vorschulperiode; sie steigt nach der Schulperiode schnell an. Zum Schlusse werden die prophylaktischen Aufgaben der Schule besprochen. Thorspecken (Bremen).

O. Hewelke. *Die Tuberkulose und die Volksschule.* (Zdrowie, Nr. 2.)

Die Besprechung der prophylaktischen Maßnahmen.

Lewkowicz (Krakau).

B. Koszutski. *Statistik der Tuberkulose unter den Kindern der Volksschulen in Kalisch.* (Zdrowie.)

1200 Kinder wurden mit der Pirquetschen Probe untersucht.

Das Resultat war in 74% der Fälle positiv, bei den Orthodoxen selbst in 85·42%, bei den Juden nur in 63% der Fälle. Sehr hoch

ist die Häufigkeit der positiven Probe bei den in Souterrains wohnenden Kindern. Die Häufigkeit wächst auch mit dem Alter und beträgt bei 7jährigen Kindern 70·39%, bei 15jährigen 87·5%.

Lewkowicz (Krakau).

E. Heymann. *Über ein retropharyngeales tuberkulöses Lymphom.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1987.)

Vorstellung eines $3^1/_4$ Jahre alten Kindes, bei dem 5 Monate vorher durch eine umständliche Operation ein etwa kastaniengroßes tuberkulöses Lymphom entfernt worden war. Es hatte nicht nur erhebliche Atembeschwerden hervorgerufen, sondern auch die Nahrungsaufnahme behindert. Bei dem Kinde bestanden in den letzten Wochen vor der Operation und vermehrten sich nach dieser anfangs noch erheblich Erscheinungen, die man als Hornerschen okulopupillären Symptomenkomplex bezeichnet, der bei Schädigungen des Halssympathikus durch Drüsen nicht selten beobachtet wird und auch bei retropharyngealem Tumor bereits beschrieben worden ist. (Enge der Lidspalte, leichte Ptosis, ein gewisser Grad von Myosis und Zurücksinken des Bulbus.) Keller (Berlin).

Wilhelm Gölz. *Über den Wert der Symptome bei Bronchialdrüsentuberkulose.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 5.)

Bei 68 Kranken — meist Kindern von 5 bis 12 Jahren — der Tübinger med. Poliklinik wurde innerhalb eines halben Jahres Bronchialdrüsentuberkulose diagnostiziert, und zwar auf folgende Kriterien hin:

1. Tuberkulöse Belastung.
2. Allgemeinzustand.
3. Zeichen von Skrofulose.
4. Fieber.
5. Indirekte Fernsymptome (Rekurrensparese war nie vorhanden, sichere Sympathikusbeteiligung ebenfalls nicht, Venenzeichnung auf der Brust war nie deutlich asymmetrisch).
6. Perkussion, die nur selten im Stich läßt. Allerdings muß sie durch die Auskultation gedeutet werden. Oft „ungemein deutliche" Spitzendämpfungen, nicht etwa durch lokale Veränderungen in den Spitzen bedingt, sondern durch „Kompression auf das Lungengewebe direkt" oder „als Kompressionswirkung auf Bronchien und Gefäße und dadurch Atelektasenbildung der entsprechenden Lungenteile". Bei Durchleuchtung erwiesen sich die Spitzen fast immer als frei. Auf dem Rücken findet man oft eine paravertebrale Interskapularraumdämpfung in Höhe des 3. bis 5. Brustwirbels eventuell auch noch weiter abwärts.
7. Ausgesprochene sternale und parasternale Dämpfungen im ersten und zweiten Interkostalraum (52mal, davon 41mal rechts, 9mal links, 3mal beiderseits), ferner parakardiale Dämpfung rechts neben dem Sternum 23mal.

8. Wirbelsäulenperkussion (in 53 von 65 Fällen).

9. Auskultation. In der Hälfte der Fülle normales Atemgeräusch, bei den anderen verschiedenartigste Phänomene.

10. Bronchophonie der Wirbelsäule. Gründet sich „auf die Tatsache, daß jeder Wirbel perkutorische und auskultatorische Selbständigkeit besitzt". Bei 5 von 66 Kindern war dieses (d'Espinesche) Zeichen negativ, bei 15 zweifelhaft positiv, bei 46 positiv.

11. Röntgenologischer Nachweis der vergrößerten Drüsen. Selten entsprach der Befund auf dem Schirm (Aufnahmen wurden wenig gemacht) den klinischen Erscheinungen.

12. Diazoreaktion, besonders bei langdauernden Fieberperioden.

13. Kutanreaktion, in 11 Fällen angestellt. Dreimal positiv, 7 mal negativ, 1 mal dann bei Wiederholung auch positiv. (Anfänglich 50% Alttuberkulin, später 25%, weil „unangenehme Erscheinungen" beobachtet wurden.)

„Der negative Ausfall der Reaktionen kann uns von der Auffassung, daß tatsächlich Tuberkulosen vorlagen, nicht abbringen, da alle anderen Symptome zu deutlich positiv waren. Vielleicht hätte die Anwendung von 100%igem Alttuberkulin mehr positive Resultate gegeben. Wir scheuen uns aber derartige Konzentrationen anzuwenden, da wir zweimal, einmal bei 25% und einmal bei 50%, sehr unangenehme Erscheinungen bekamen. Bei dem einen Kinde schmolzen die walnußgroßen Halsdrüsen in rapidester Weise ein, obwohl wir keine positive Reaktion bekommen haben[1])". (Bei dem andern Kinde — mit positiver Reaktion — pneumonische Unterlappeninfiltration.) Klotz (Schwerin).

Egon Rach. *Radiologisch erkennbare Typen der kindlichen Lungentuberkulose.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 12.)

1. Der Ghonsche primäre Lungenherd, 2. Bronchialdrüsentuberkulose, 3. intrapulmonale Hilustuberkulose, 4. Miliartuberkulose, 5. Säuglingsphthise, 6. Spitzentuberkulose.

Klotz (Schwerin).

K. Lewkowicz und **J. Latkowski** (Krakau). *Ein Fall von tuberkulöser Perikardialsymphyse mit charakteristischen Elektrokardiogrammen.* (Przegl. lek., Nr. 36/37.)

Es handelte sich um einen typischen Fall von Symphysis pericardii tuberculosa, welche sich im Anschlusse an eine postmorbillöse Pneumonie bei einem 9jährigen Knaben entwickelt hat und von ziemlich ausgedehnten Veränderungen der Lungen, besonders des oberen linken Lappens, sowie von Verwachsungen des linken Rippenfelles begleitet war. Die Pirquetsche Probe positiv, allgemeine

[1]) Im Original nicht gesperrt.

Schwäche, leichte Zyanose, Unverschiebbarkeit der linken Lungen- sowie der Herzgrenzen, Herzstoß weder sichtbar noch fühlbar, Herztöne rein, eine leichte Hyperglobulie: 5,800.000 Blutkörperchen in 1 mm^3, Aszites, die Leber bedeutend vergrößert, mäßig hart, der Rand 5 Querfinger breit unter dem Rippenbogen in der rechten Mammillärlinie, anfänglich während der Beobachtung normale Temperatur, dann mäßiges Fieber von keinem bestimmten Typus. Allmählich fortschreitende Verschlechterung der Allgemeinsymptome, der Herzschwäche und des Lungenbefundes. In einem desolaten Zustande wurde der Kranke von den Eltern nach Hause genommen.

Die Diagnose wurde durch das Ergebnis der Röntgenuntersuchung bekräftigt: Herz vergrößert, linke Herzgrenze verwischt, die Bewegungen entlang dieser Grenze beinahe nicht sichtbar. Rechts waren die Herzbewegungen (Vorhof?) besser, aber auch schwach sichtbar. Die Pulsation der Aorta war hingegen ausgeprägt.

Sehr charakteristisch war der elektrokardiographische Befund und ließ sich sehr wohl durch die Anwesenheit der perikardialen, pleuralen Schwarten sowie eventuell auch der angrenzenden tuberkulösen Veränderungen in den Lungen und den Bronchialdrüsen deuten. Diese Veränderungen bildeten einen Kurzschluß für die im Herzen entstehende Potentialdifferenz, wenigstens bei Ableitung auf der linken Seite und bei Ableitung von der linken Hand und dem rechten Fuße: die Galvanometerseite wies nämlich nur ein unbedeutendes Zittern auf, während sie bei anderen Ableitungen ausgeprägte, obwohl nicht ganz normale Ausschläge zeigte.

Außerdem fehlte noch die Vorhofwelle P, was wohl mit der Benachteiligung der Vorhofaktion im Zusammenhange steht, die Ausschläge der Kurve waren sehr gering, die Periode der Systole war ungewöhnlich lang (0·30 Sekunden = 71·4% der ganzen Evolution), die der Diastole ungewöhnlich kurz.

(Das Fehlen der normalen Ausschläge bei gewissen Ableitungen, oder wenigstens eine ganz ausgeprägte Verminderung der Ausschläge gegenüber den Ausschlägen bei anderen Ableitungen scheint bei tuberkulöser Perikardialsymphyse ein konstantes Symptom zu sein und dadurch eine diagnostische Bedeutung bei diesem nicht immer leicht zu deutenden klinischen Bilde zu bekommen. So demonstrierte der Referent einen zweiten, ebenfalls aus der Krakauer Kinderklinik stammenden Fall in der Sitzung des Ärztevereines am 18. März 1914 und der Dozent Latkowski 3 weitere Fälle von Erwachsenen in der nächstfolgenden Sitzung.) Lewkowicz (Krakau).

Engel. ***Die Skrofulose und ihre Behandlung.*** (Med. Klinik, 1913, Nr. 51.)

Verf. bespricht eingehend die vielfachen Lehrmeinungen besonders der Jetztzeit über das Wesen der Skrofulose. Seine Ausführungen sind objektiv und in ihrer klaren Diktion gut geeignet, den Fernstehenden in das etwas komplizierte Gebiet einzuführen.

Um so mehr enttäuscht dann schließlich das Festhalten an der alten Bezeichnung Skrofulose, „weil sie ein Krankheitsbild bezeichnet, welches äußerst charakteristisch ist, wenn seine Entstehung auch nicht auf eine einheitliche Basis zurückgeführt werden kann".

Die bekannten Beobachtungen Moros über die gelegentlich verblüffenden Erfolge mästender Prozeduren bei tuberkulöser exsudativer Diathese sucht Engel begreiflich zu machen, indem er an die sogenannte erethische Form der Skrofulose erinnert, vermag jedoch dem Erklärungsversuch Moros nicht recht beizupflichten. Mästende Prozeduren hält Engel für gewisse Kinder — kein Schematisieren! — für durchaus nützlich und bedient sich zu diesem Zweck der Sahne. Er läßt die einzelnen Tagesmahlzeiten etwas zusammendrängen und gibt vor dem Zubettgehen Sahne, bei größeren Kindern bis zu $^1/_2$ l auf einmal.

Tuberkulinbehandlung wird empfohlen, Jod scheint entbehrlich; gegen die Solbadeorte hat Verf. gewisse Bedenken. Klimawechsel sei nützlich; ob Hochgebirge, See-, Mittelgebirge, Wald, hängt in erster Linie von äußeren Umständen ab. Klotz.

Treplin. *Die Behandlung der kindlichen Tuberkulose an der See.* (Med. Klinik, 1914, Nr. 18.)

Verf. ist leitender Arzt der Nordheimstiftung Sahlenburg bei Cuxhaven, einer Heilanstalt für Tuberkulose der Kinder. Der Schlußsatz des Aufsatzes darf daher nicht weiter wundernehmen: „Ich fasse meine Ausführungen dahin zusammen, daß die chirurgisch tuberkulösen Kinder Deutschlands an den deutschen Meeresküsten ebensogut, wenn nicht besser, der Heilung zugeführt werden können als im Hochgebirge." Klotz (Schwerin).

E. Vollmer. *Über Kinderheilstätten und Seehospize im Kampfe gegen die Tuberkulose.* (Med. Klinik, 1913, Nr. 40.)

Der Schlußsatz des Verf. lautet: „Es wäre unzweckmäßig, einseitig die Seehospize als geeignet gegen die Skrofulose und gegen die Kindertuberkulose zu empfehlen. Jeder Klimawechsel erfüllt den Zweck usw." An anderer Stelle sagt er: „Außerdem kommen nach unserer Erfahrung für die empfindlichen und geschwächten Großstadtkinder die warmen Solbäder in erster Linie in Betracht und die Seebäder nur für die relativ kurze Zeit, wo die Seebäder von der Sonne gewärmt werden, also im Juni, Juli, August."

Klotz (Schwerin).

Stommel (Frankfurt a. M.). *Erfahrungen mit Tuberkulin-Rosenbach bei der Behandlung der internen Tuberkulose der Kinder.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LXII, S. 337.)

Stommel kann die von anderer Seite berichteten günstigen Erfolge des Rosenbachschen Tuberkulins nicht bestätigen. In bezug auf die Unschädlichkeit des Mittels — ein Punkt, der heutzutage wirklich hervorgehoben werden muß — stimmt er aber mit

den anderen Autoren überein. Er sah Besserungen bei Kindern mit Lungen-, Bronchialdrüsen- und Bauchfelltuberkulose, die kaum zu unterscheiden waren von Erfolgen, wie sie durch die Hygienisierung des Lebens und eine zweckmäßige Diät gewöhnlich zu erzielen sind. Bei einigen Fällen machte sich vielleicht doch ein gewisser ungünstiger Einfluß der Behandlung bemerbar, insofern als nach Beginn derselben eine Verlangsamung respektive Stillstand der bereits begonnenen Körpergewichtszunahme eintrat. — Die anatomische Untersuchung von 2 Kindern, die mit dem Tuberkulin behandelt waren, ließ nirgends Ansätze zu einer Heilungstendenz erkennen. Thorspecken (Bremen).

Syphilis.

M. Rabinowitsch. *Syphilis und Wassermannsche Reaktion bei den Findelsäuglingen.* (Zentralbl. f. Bakt. u. Paras., Bd. LXXII, S. 344, 1914.)

Es gibt keine germinative, sondern nur eine kongenitale Syphilis, die nur auf plazentarem Wege, aber in gleicher Weise von der Mutter wie vom Vater (durch die Mutter) erfolgen kann. „Sämtliche Mütter syphilitischer Kinder, wie auch sämtliche Kinder syphilitischer Mütter sind syphilitisch."

Bei Säuglingen hat das Serum einerseits einen Mangel an Komplement und Ambozeptor, anderseits einen abnorm hohen Gehalt an hemmenden Substanzen. Es muß daher bei jungen Säuglingen die Wassermannsche Reaktion sowohl mit aktivem als mit inaktivem Serum angestellt werden. Erst wenn sie dreimal beim Säugling und bei der Amme negativ war, darf das Kind angelegt werden. Lehndorff (Wien).

Zirkulationsapparat.

Bensch. *Über psychische Herzgeräusche.* (Med. Klinik, 1913, Nr. 41.)

Die psychischen Geräusche sind sehr häufig, finden sich bei blassen, zarten Individuen und bei kraftvollen, blühenden. Der Ort der stärksten Hörbarkeit ist der zweite linke Interkostalraum, hart am Sternalrand, in der Systole. Die Veränderlichkeit der Geräusche ist groß. Durch Anstrengung, Aufrichten, Horizontallage werden in einem Falle die Geräusche deutlicher, im andern schwächer, bis zum völligen Verschwinden. Sie werden durch tiefe Exspiration zwar lauter, bestehen aber auch bei tiefster Inspiration und Glottisschluß fort. Die gelegentliche beharrliche Stärke der Geräusche kann zu sehr bedeutungsvollen Diagnose- und Zeugnisfehlern führen (wofür ein Beispiel erbracht wird). Klotz (Schwerin).

R. Jaffé. *Über einen Fall von Arterionekrose bei einem Neugeborenen.* (Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., Bd. XV, S. 118, 1914.)

Ein bisher einzig dastehender Fall in der menschlichen Pathologie. Es fanden sich bei einem 2 Tage alten Kinde eigenartig gelbe Flecken an der Intima der Pulmonalis, die sich bei der histologischen Untersuchung als in beginnender Verkalkung begriffene Nekroseherde in der Gefäßwand erwiesen. Der Befund stimmt vollständig überein mit der Gefäßveränderung bei der Adrenalinvergiftung der Kaninchen, der Arterionekrose. Lehndorff (Wien).

Respirationsorgane.

Londe. *Les bronchites méconnues des nourrissons.* (Le Nourrisson, Bd. I, H. 4, 1913.)

Bronchitiden können bei Säuglingen symptomlos, d. h. ohne Husten und deutliche Erscheinungen bestehen und werden dann leicht unbeachtet gelassen. Das ist insbesondere der Fall, wenn die primäre Affektion den Darm befällt und die Sekretion in den Bronchien unter diesem Einfluß geringer wird. Läßt man die latent fortbestehende Bronchitis unbehandelt, so kommt es zu neuen Schärfen und eventuellen Komplikationen, die die Kinder gefährden.

Thorspecken (Bremen).

Hochhaus. *Über die Behandlung der chronischen Bronchitis und Bronchiektasien mit der Durstkur.* (Med. Klinik, 1913, Nr. 49.)

Singer empfiehlt bei Erwachsenen 500 bis 400 cm^3 Flüssigkeit pro Tag in Form von Suppen, Wasser, Milch oder Wein zu geben. Jeden 4. Tag darf der Kranke so viel trinken, wie er will, bis zu 2 Litern. Die feste Nahrung wird nicht eingeschränkt.

Hochhaus hat die Methode nachgeprüft und im ganzen einen sehr günstigen Eindruck gewonnen. Klotz (Schwerin).

St. Ostrowski (St. Petersburg). *Über die diagnostische Bedeutung des Münzenzeichens („signe du sou") bei Lungen- und Brustfellentzündungen der Kinder.* (Tyg. lek., Nr. 19.)

Das Pitressche Zeichen war in allen 10 Fällen von reinen Pleuraexsudaten positiv. Bei den die Bronchopneumonie komplizierenden Exsudaten (15 Fälle) ist es weniger ausgeprägt und kann manchmal fehlen, wenn das Exsudat gering ist.

Lewkowicz (Krakau).

Innere Sekretion.

J. Hornowski (Lemberg). *Anatomische Untersuchungen über die Beziehungen der Thymus zur Parathyreoidea und zur Nebenniere sowie über ihr Verhalten bei Status thymicus, lymphaticus und thymico-lymphaticus.* (Tyg. lek., Nr. 35/46.)

Ausführlich dargestellte Resultate; auf Grund derselben sucht der Verf. die einzelnen obgenannten pathologischen Zustände anatomisch zu charakterisieren. Lewkowicz (Krakau).

Frl. St. Starkel (Lemberg). *Über die Nebennieren bei Kindern. Nebennieren in pathologischen Zuständen.* (Tygodnik lek., Nr. 2/6.)

Es wurden folgende Veränderungen konstatiert:

1. In allen 17 Fällen von während oder nach der Geburt ohne bekannte Ursache verstorbenen Kindern ausgedehnte Blutungen.
2. Bei Frühgeborenen (8 Fälle) Hypoplasie.
3. Bei alimentärer Intoxikation (13 Fälle): Erweiterung der Gefäße in der Markzone und Erschöpfung der chromaffinen Substanz.
4. Bei den chronischen Magendarmkrankheiten (11 Fälle), Ödem der Kapsel, Hyperämie und Blutaustritte in allen Schichten der Nebenniere, Verminderung der Zahl der Lipoidzellen und der ferraffinen Granulationen, schwache Chromreaktion.
5. Bei akuten Infektionskrankheiten (21 Fälle) parenchymatöse Degeneration der Rindenzellen, Fehlen der ferraffinen Granulationen und der Lipoidzellen, Erweiterung der Gefäße, Blutaustritte. Diese Veränderungen sind bei Scharlach am meisten ausgeprägt.
6. Bei Tuberkulose (7 Fälle) oft Tuberkel, in der Marksubstanz größere Zahl der Ganglienzellen und eine sehr ausgeprägte Chromreaktion.
7. Bei kongenitaler Syphilis (9 Fälle) Vermehrung des interstitiellen Gewebes, Hypertrophie der Rindenzellen, Symptome der Rückständigkeit, nämlich große Zahl der Zwischennebennierenzellen und Anwesenheit der Sympathogonien.
8. Bei Rhachitis (5 Fälle) lobulärer Bau der Nebenniere, zahlreiche Pseudonebennieren.
9. Bei akuter Nephritis (5 Fälle) parenchymatöse Veränderungen und Hyperämie.
10. In einem Falle von Athyreosis: Symptome der Rückständigkeit. Lewkowicz (Krakau).

Verdauungstraktus.

Marfan et **Bandouin**. *Sur un cas de rétrécissement congénital du pylore, avec considérations sur l'intoxication d'origine gastrique.* (Le Nourrisson, Bd. I, H. 1, Jänner 1913.)

Ein ausgetragener, an der Mutterbrust genährter Säugling bekam mit 14 Tagen die typischen Erscheinungen der Pylorusstenose.

Am 30. Lebenstage trat eine tetanusartige allgemeine Kontraktur, aber ohne Trismus und klonische Zuckungen, auf, die 8 Tage lang bis zum Tode des Säuglings anhielt. — Die Autopsie zeigte eine starke Pylorushypertrophie, besonders der zirkulären Muskelschicht, ferner schwere Veränderungen der Leber und akut-degenerative Veränderungen der Pyramidenzellen. In der Leber fanden sich zahlreiche hämorrhagische Herde und eine starke Fettinfiltration der Leberzellen, Veränderungen, die dem Bilde bei Phosphorintoxikation sehr ähnlich sahen.

Die Verff. nehmen an, daß eine vom Magen ausgehende Intoxikation Ursache dieser Leberdegeneration war. Die Frage, ob auch die Degeneration der Pyramidenzellen die Folge derselben oder Folge der Leberaffektion war, lassen sie offen.

Thorspecken (Bremen).

A. Mamrot (Warschau). *Ein Fall der Hirschsprungschen Krankheit.* (Przegl. pedyatr.)

Viermonatiger Säugling, seit der 3. Woche in Beobachtung, die charakteristischen Symptome seit der Geburt vorhanden. Charakteristisches Röntgenogramm. Lewkowicz (Krakau).

Mamrot. *A propos de la maladie de Hirschsprung.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, H. 10, p. 767.)

Fall von echtem Megacolon congenitum: vom Tage der Geburt an erfolgte Stuhl nur durch Klysmen. Durch enorme Gasblähung des Colon sigmoideum oberhalb der Knickung zeichnete sich diese Darmschlinge mit sichtbarer Peristaltik durch die Bauchdecken ab. Mit der Sonde wurden 2 Hindernisse festgestellt, 8 und 17 cm weit entfernt, von denen das erstere leicht, das zweite nicht passierbar war. Thorspecken (Bremen).

R. Drachter. *Zur Diagnose der Peritonitis im Säuglings- und Kindesalter.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 11.)

Verf. empfiehlt, in Rückenlage des Kranken das im Knie gestreckte Bein leicht emporzuheben (indem man den Fuß mit der linken Hand umgreift) und dann gegen die Fußsohle einen leichten Schlag mit der rechten Faust zu richten. Dadurch wird das Peritoneum auf der betreffenden Seite etwas verschoben, und wenn entzündliche Prozesse daselbst bestehen, Schmerz ausgelöst. Fehlen entzündliche Zustände, so bleiben auch Schmerzäußerungen aus. Das gleiche ist der Fall, wenn durch Verwachsungen und Abszeßbildung die Peritonealverschiebung aufgehoben wird.

Immerhin erweist sich die Methode differentialdiagnostisch gegenüber Pneumonie, Meningitis u. dgl. oft nützlich.

Klotz (Schwerin).

J. Przedborski. *Über einen interessanten Fall von Ascaridiasis und Meningitis tuberculosa und über Wirkung des Oleum chenopodii auf Askariden.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1987.)

Bei einem $2^1/_4$ Jahre alten tuberkuloseverdächtigen Kinde wurde eine Kur zur Vertreibung von Askariden mit Oleum chenopodii anthelmintici mit dem Erfolg ausgeführt, daß nach Darreichung von 15 Tropfen des Mittels 125 Askariden abgingen. Danach waren im Stuhl weder Würmer noch Eier nachweisbar und der Darm erwies sich bei der Obduktion als vollständig frei von Askariden. Unmittelbar nach der Kur traten die Erscheinungen einer Meningitis tuberculosa auf, an der das Kind zugrunde ging.

Keller (Berlin).

Urogenitalsystem.

Smith. *The treatment of gonococcus vulvovaginitis; with further observations on the value of the complement fixation test in the management of this disease.* (Behandlung der Vulvovaginitis und ihre Kontrolle mittelst der Komplementfixationsprobe.) (Americ. Journ. Dis. Childr., März 1914.)

Die Probe fällt nicht selten bei scheinbar kompletter Heilung schwach positiv aus, was zu bemerken ist.

Wachenheim (New York).

Karl Jacobs. *Über Granularatrophie der Nieren im Kindesalter.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 2418.)

Mitteilung zweier Fälle von kindlicher Nierenschrumpfung, die beide durch die Autopsie bestätigt wurden. Im Anschluß daran eine kritische Besprechung der über Schrumpfungsvorgänge an den Nieren vorliegenden Literatur. Bei Nierenveränderungen im Kindesalter, die doppelseitig auftreten, makroskopisch das Bild einer gleichmäßigen Schrumpfung bieten und mikroskopisch vorzugsweise Veränderungen im bindegewebigen Teile aufweisen, handelt es sich nach Ansicht des Verf. um reine Granularatrophien, die schon kongenital angelegt waren und nun durch irgend eine auslösende Ursache in das aktive Stadium der Weiterentwicklung eingetreten sind. Abgesehen von diesen Granularatrophien kommen auch sonst im frühesten Kindesalter Schrumpfungsprozesse an den Nieren vor, die im Anschluß an vorangegangene Schädigungen des Nierengewebes oder an überstandene Nephritiden als sekundäre Schrumpfnieren zu betrachten sind.

Keller (Berlin).

M. Krassowski (Garwolin). *Extraktion eines Steines aus der Harnröhre bei einem $2^1/_4$jährigen Knaben.* (Przegl. pedyatr.)

Lewkowicz (Krakau).

Bewegungsapparat.

Johannes Piske. *Zur Kenntnis der Stillschen Krankheit.* (Med. Klinik, 1913, Nr. 48.)

Bericht über 2 klinisch interessante Fälle. Der erste — 10 Jahre zurückliegende — betraf einen 2jährigen Knaben, bei welchem sich nach uncharakteristischen, wochenlangen Prodromen multiple symmetrische Gelenk-, Drüsenanschwellungen, Milztumor herausbildeten. Periodisch traten Fieberattacken auf, während deren die Schwellung und Empfindlichkeit der Gelenke und Drüsen zunahmen. Hüft-, Knie-, Finger- und Zehengelenke waren frei geblieben, desgleichen die Schulter. Das Herz war nicht beteiligt.

Komplizierter und weniger klar lag der zweite Fall, ein 7jähriges Mädchen betreffend, bei welchem die Sektion weitgehende tuberkulöse Veränderungen aufdeckte. Allerdings haben dieselben mit der Stillschen Krankheit an sich nichts zu tun. Hierfür spricht auch die Tatsache, daß die erkrankten Gelenke in keiner Weise in eine Wechselbeziehung zur Tuberkulose des Kindes getreten waren. Von chirurgischer Seite wurde die Beteiligung der Lymphdrüsen als Lymphomatosis granulomatosa aufgefaßt. Auf die Höhe der Temperaturen im zweiten Fall hatten Pyramidon und Chinin keinen Einfluß. Im Fall 1 waren Stauungshyperämie und Arg. colloidale erfolgreich gewesen. Klotz (Schwerin).

Neurologie und Psychiatrie.

August Strauch. *Imitations- und Induktionskrankheiten der Kinder.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, N. 11.)

Verf. bespricht hysterische und nichthysterische Störungen unter dem nichts präjudizierenden Namen Imitation und Induktion. Er glaubt, daß auch völlig gesunde Kinder derart erkranken können, und sah Enuresis nocturna, freiwilliges Hinken u. dgl. entstehen. Können also selbst gesunde Kinder suggestiven Einflüssen unterliegen, so ist bei belasteten Kindern der Einfluß des Milieus ein enormer.

Die interessanten knappen Ausführungen sind leider nicht durch Krankengeschichten belegt. Klotz (Schwerin).

Howell. *A neurosis chiefly affecting the stomach and muscles of deglutition.* (Magen- und Schlingmuskelneurose.) (Americ. Journ. Diss. Childr., April 1914.)

Der berichtete Fall betraf einen 8jährigen Knaben, bei dem Erbrechen und saures Aufstoßen die Hauptsymptome bildeten. Heilung im Hospital. Wachenheim (New York).

Raecke (Frankfurt a. M.). *Geistesstörung und Kriminalität im Kindesalter.* (Med. Klinik, 1914, S. 91.)

Unter kriminellen Kindern hatten sich 3 Fünftel des Diebstahls schuldig gemacht. Er ist das häufigste Delikt im Kindesalter. An zweiter Stelle standen bei dem, vom Verf. begutachteten Fürsorgezöglingsmaterial die sexuellen Vergehen. In der Hälfte aller Fälle (292 Kinder bis zu 16 Jahren) waren Intelligenzdefekte nachweisbar. Psychopathie bei 58 Kindern. Dagegen konnten echte Psychosen (Dementia praecox) sehr selten festgestellt werden. Bei den geistig normalen Kindern, welche sexuelle Delikte begangen hatten, lag überwiegend oft Verführung durch Erwachsene vor. Zweimal waren von hysterischen Mädchen schwere sexuelle, völlig erlogene Beschuldigungen, Grund zur Einleitung des Gerichtsverfahrens geworden. Klotz (Schwerin).

A. Tomaszewski und **Schreiber** (Lodz). *Über die Behandlung des Hydrozephalus durch Balkenstich nach Brahmann-Anton.* (Przegl. pedyatr.)

6 Fälle. Ausgeprägte Besserung nur in einem Falle bei einem 2jährigen Knaben; unbedeutende Besserung in einem Falle; in einem Tod, unabhägnig von der Operation, in den 3 übrigen Fällen keine Besserung. Die anfänglichen rosigen Hoffnungen, welche die Methode erweckt hat, scheinen also unbegründet zu sein. Nichtsdestoweniger erklären die Verff., daß die Methode weiter geübt werden soll, da die anderen operativen Verfahren viel gefährlicher sind. Im Materiale der Verff. fällt kein Todesfall der Methode selbst zur Last.

Lewkowicz (Krakau).

Renault et **Lévy**. *Le signe de Kernig et la contracture dans les affections méningées du nourrisson.* (Le Nourrisson, Bd. I, Nr. 3, Mai 1913.)

Bei sehr großen Ergüssen eitrigen oder hämorrhagischen Charakters unter die Meningen scheint das Fehlen des Kernigschen Zeichens und der Kontraktur der Wirbelsäule bei Säuglingen die Regel zu sein. Verf. führt 3 Fälle dieser Art (2mal Meningitis, 1mal Blutung) an. Es fand sich sogar eine bemerkenswerte Biegsamkeit der unteren Gliedmaßen.

Verf. erwähnt ein Verfahren nach dem Vorgehen von Lesage, die Steifigkeit der Wirbelsäule auch in Fällen nachzuweisen, in denen sie ohneweiters nicht hervortritt. Man hält das nackte Kind an den Achseln und reizt es etwas; dabei tritt die Kontraktur und Konkavkrümmung des Rückens leichter auf. Thorspecken (Bremen).

Stoffwechselkrankheiten.

Frl. Fr. Hescheles (Lemberg). *Diabetes mellitus bei Kindern.* (Tyg. lek., Nr. 24/27.)

Drei genau untersuchte Fälle, die Ergebnisse der Untersuchungen in Tabellen zusammengestellt. Schlußfolgerungen:

1. Durch strikte Diät kann man in jedem Falle eine Verbesserung erlangen, wobei die Kinder noch Gewichtszunahme aufweisen können;

2. die Haferkur ist dort, wo Kohlehydrate angezeigt sind, empfehlenswert, man soll aber bei ihr kein tierisches Eiweiß (höchstens Eier), auch kein doppeltkohlensaures Natron (Ödeme!) darreichen.

3. Als Folge der Haferkur tritt oft Hyperglykämie auf, welche durch Annahme einer größeren Nierendichtigkeit erklärlich ist.

4. Das Adrenalin ruft bei Kindern keine, höchstens unbedeutende und verspätete Glykosurie hervor.

5. Das Hediosit hat keine positive, aber auch keine schädliche Wirkung; die bei seiner Darreichung auftretenden Durchfälle können mit kohlensaurem Kalzium bekämpft werden.

Lewkowicz (Krakau).

A. Mamrot (Warschau). *Diabetes insipidus, Dystrophia adiposogenitalis hypophysären Ursprungs.* (Przegl. pedyatr.)

17jähriger Knabe. Anfang der Krankheit akut mit Schüttelfrösten und hohem Fieber. Nach einigen Tagen stellte sich Polyurie, Polydipsie, allgemeine Schwäche, dauerndes Kältegefühl ein. Bei der Spitalsaufnahme nach 4 Monaten typische Symptome der genannten Dystrophie. Es wird eine Läsion des hinteren Lappens der Hypophyse (Dystrophie) und eine Reizung des intermediären Lappens (Polyurie) angenommen. Schädelröntgenogramm erwies eine enge Sella turcica.

Lewkowicz (Krakau).

Freudenberg. *Beitrag zur Frage des Barlow-Schutzstoffes.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., XIII, S. 141.)

2 Fälle von Barlowscher Krankheit wurden durch Verabreichung eines alkoholischen Extraktes aus gelben Rüben günstig beeinflußt. Namentlich auf die Hämaturie wirkte das Extrakt sehr deutlich ein.

Autoreferat.

Ribadeau-Dumas. *Élude expérimentale de la maladie de Barlow.* (Le Nourrisson, Bd. I, H. 3, 1913.)

Übersichtsreferat. Thorspecken (Bremen).

Wachstumskrankheiten.

J. Raczyński (Lemberg). *Beitrag zur Ätiologie der Rachitis.* (Przegl. lek., Nr. 52/23.)

Vorgetragen während des I. internationalen Pädiaterkongresses in Paris 1912. Lewkowicz (Krakau).

Haut.

Marie Schubert. *Zur Behandlung der Furunkulose im Säuglingsalter mittels Thermokauter.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 14.)

Die mit dem Paquelin bei multiplen Abszessen gesetzte kreisrunde Öffnung verklebt nicht so leicht wie bei den Stichinzisionen, die Blutung ist gering, das ganze Arbeiten sauberer. Die Abdeckung mit Salbe nach Gregor bewährte sich nicht.

Nach jeder Kauterisation und auch wochenlang hinterher Schmierseifenbäder zur Hautreinigung. Klotz (Schwerin).

Triboulet. *Traitement des Pyodermites.* (Le Nourrisson, Bd. I, H. 1, 1913.)

Triboulet empfiehlt folgende Behandlung der Impetigo: ohne vorhergehende Umschläge sucht man die Krusten durch Betupfen mit Zinksulfatlösung teilweise zu beseitigen und betupft dann die krustösen Partien mit Ziehlscher Karbolfuchsinlösung. Bei täglichem Betupfen tritt in 3 bis 8 Tagen Heilung ein. Auch beim Ekthyma, konfluierenden Varizellen, infizierten Pemphigus-effloreszenzen, von Nasen- und Ohreneiterungen ausgehenden Hautinfektionen soll die Methode von Vorteil sein.

Thorspecken (Bremen).

Klotz. *Behandlung der Skabies bei Kindern. Psoriasis und Tuberkulose. Über Zahnanomalien bei Tetanie.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XII, S. 533.)

Verf. empfiehlt das Ristin als bestes derzeitiges Antiskabiosum.

Psoriasis und Tuberkulose haben ätiologisch nichts miteinander zu tun (entgegen Menzers Behauptung).

Tetaniezähne kommen nicht nur bei Tetanie, sondern auch bei allen möglichen anderen pathologischen Zuständen vor.

Klotz (Schwerin).

Chirurgie.

Oskar Vulpius. *Eine neue Knochenoperation bei Vorderarmlähmung.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 241.)

Die Frage, wie eine Pronations- beziehungsweise Supinationslähmung zu beseitigen ist, ist bisher ungelöst. Die bisher bekannten Operationen versagen. Es lag der Gedanke nahe, durch eine radioulnare Arthrodese die falsche Stellung der Vorderarmknochen zueinander zu beseitigen. Verf. gelang es, in drei Fällen auf dem Wege der Knochenplastik eine Knochenbrücke zwischen den beiden Vorderarmknochen im Bereich der Diaphysen herzustellen, welche sie in der zwecksmäßig erscheinenden Mittelstellung fixiert, und zwar erwiesen sich freie Periostknochenlappen am zweckmäßigsten, welche, wie bei der Albeeschen Operation, der Tibia entnommen wurden. Der Erfolg der Operation war anatomisch wie funktionell der gewünschte. Keller (Berlin).

Orthopädie.

Max Böhm. *Die angeborenen Entwicklungsfehler des Rumpfskeletts.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1946.)

So manche Skoliose oder Kyphose stellt nicht eine primäre Abweichung der Wirbelsäule, sondern eine primäre Brustkorb- oder Rippendeformität dar, welche sekundär die Wirbelsäule in ihrer Form beeinträchtigt, sei es in frontaler oder sagittaler Richtung. Die angeborenen Entwicklungsfehler des Rumpfskelettes werden vom Verfasser in folgende Gruppen eingeteilt:

A. Formverbildungen durch intrauterinen Druck. („Intrauterine Belastungsdeformitäten".)

B. Mißbildungen. I. Defekte:

1. Größerer Abschnitte, Spaltbildungen größeren Stils;

2. des einzelnen Rumpfskelettsegments: α) Spaltbildungen zwischen a) beiden Wirbelkörperhälften, b) beiden Dornfortsatzhälften, c) Körper und Bogen; β) Defekte des a) Wirbelkörperelements, b) neuralen Elements, c) kostalen Elements.

II. Fusionen: 1. größerer Abschnitte;

2. der einzelnen Rumpfskelettsegmente α) des Wirbelkörpers, β) der neuralen Elemente: a) der Bögen inklusive Dornfortsatz, b) der Gelenkfortsätze, c) der kostalen Elemente.

C. Varietäten. 1. Assimilierung einzelner Rumpfskelettsegmente an die jeweiligen kaudalen Nachbarsegmente (im zervikodorsalen, lumbo-dorsalen, lumbo-sakralen und sakro-kokzygealen Abschnitt).

2. Assimilierung einzelner Rumpfskelettsegmente an die jeweiligen kranialen Nachbarsegmente (im zerviko-dorsalen, lumbodorsalen, lumbo-sakralen und sakro-kokzygealen Abschnitt).

D. Störungen der bilateralen Symmetrie (kongenitale).

E. Fehlerhafte, angeborene Wachstumsrichtung:

1. Im regressiven Sinne,

2. im progressiven Sinne.

Aus dieser Zusammenstellung ersieht man, wie zahlreich die Ursachen für Rumpfdeformitäten auf dem Gebiete der kongenitalen Entwicklungsfehler liegen. „Das große Heer der fixierten Rumpfdeformitäten, der eigentlichen fixierten Rumpfdeformitäten, der eigentlichen fixierten ‚Skoliosen' und anteroposterioren Deformitäten — unter Ausschluß der symptomatischen, d. h. durch Längendifferenzen der unteren Extremitäten, Empyem, Poliomyelitis, Tuberkulose usw. bedingten — ist, soweit nicht rachitische Knochenerkrankungen vorliegen, in der Hauptsache durch angeborene Entwicklungsfehler des Rumpfskeletts bedingt." Keller (Berlin).

Siegfried Peltesohn. *Geheilte Distensionsluxation der Hüfte bei Mongolismus.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 14.)

Der jetzt $4^1/_2$ Jahre alte mongoloide Knabe lernte mit $1^1/_2$ Jahren sitzen, fing mit 3 Jahren an zu kriechen, mit $3^1/_2$ Jahren zu laufen. Im Alter von 4 Jahren zog er sich eine Hüftgelenkverrenkung zu, die sich als eine intrakapsuläre Distensionsluxation erwies. Auch an anderen Gelenken besteht eine übermäßige Beweglichkeit.

Keller (Berlin).

Ludloff. *Erfahrungen und Erfolge bei der blutigen Reposition der angeborenen Hüftluxation mit dem medialen vorderen Schnitt.* (Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 106.)

Die Ausführungen sind von rein orthopädischem Interessse und suchen nachzuweisen, daß der vordere Schnitt vor dem hinteren und lateralen den Vorzug verdient. Keller (Berlin).

Pomorski. *Embryoma-teratoma bei einem 7jährigem Mädchen.* (Now. lek., H. 4.)

Im 6. Lebensjahre Keuchhusten. Nachher stellten sich Atembeschwerden in Form mäßiger Dyspnöe ein. Die Diagnose lautete: Rechtseitige serös-hämorrhagische Pleuritis. Bei vorgenommener Operation wurde die 5. und 6. Rippe reseziert und die Pleurahöhle geöffnet. Die Pleura war stark verdickt, vollständig mit serös-hämorrhagischem Exsudate gefüllt. Linke Lunge stark komprimiert, nach hinten an die Wirbelsaule angepreßt. Von der Herzgegend wölbte sich in der Pleurahöhle eine zystenartige Geschwulst hervor.

Sektionsbefund: Die Geschwust stellte sich als der stark vergrößerte und verdickte Perikardialsack heraus. Im Midiastinum

wurde daneben eine faustgroße mit Pleura bedeckte Geschwulst angetroffen, deren histologische Untersuchung ein äußerst vielgestaltiges Bild zeigte. Haut samt Haaren, Knorpel, Knochenstücke, Schild- und Nebennierengewebe, Dünndarm, alles durcheinandergeworfen und innig durchwachsen. Dadej.

Mißbildungen.

J. Warburg. *Über Scapula scaphoidea.* (Med. Klinik, 1913, Nr. 45.)

Verf. fand bei 1000 Volksschülern in Cöln eine völlig normale Scapula nur 126 mal; 251 mal war der mediale Rand ganz oder teilweise konkav. Eine Beziehung zur Rachitis konnte nicht festgestellt werden. Grade bei Kindern mit starker Rachitis wurden häufig normale Schulterblätter gefunden. Ferner darf ein skaphoider Rand keinesfalls als pathognomonisch für Syphilis der Aszendenten gedeutet werden.

Überhaupt scheint die skaphoide Form nur eine normale Varietät der Schulterblattform zu sein, kein Degenerationszeichen. Vielleicht mag sie sich bei schwächlichen Kindern häufiger finden als bei kräftigen, jedenfalls aber hat sie keinerlei klinische Bedeutung. Zu gleichem Ergebnis kam jüngst auch Cunningham durch Untersuchungen an amerikanischen Studenten. Klotz (Schwerin).

Vakzination.

Karl Obmann. *Ein Fall von generalisierter Vakzine bei Ekzema capitis.* (Münchener med. Wochenschr., 1914, Nr. 14.)

Ein $1^3/_4$ Jahre altes Kind mit Kopfekzem, welches von der Impfung zurückgestellt war, schlief mit seinem wiedergeimpften Bruder in demselben Bett und erkrankte unter anfänglich ernsten Allgemeinerscheinungen an einer universellen Vakzine. Der Ausgang war günstig, es hinterblieben keine Schädigungen. Das Ekzem heilte während des Krankenhausaufenthaltes ab. Klotz (Schwerin).

Hygiene und soziale Medizin.

Aviragnet. *Contrôle de l'élevage des nourrissons.* (Le Nourrisson, Bd. I, Nr. 1, Jänner 1913.)

Aviragnet hebt die Gruppen von Säuglingen hervor, welche gesetzlicher und privater Fürsorge entgehen und für welche weitere

Fürsorge zu treffen ist. Das sind einmal die von der Mutter selbst aufgezogenen Säuglinge, ferner diejenigen in Pflege gegebenen Säuglinge, für die keine Zahlung geleistet wird oder die sich der gesetzlichen Anmeldepflicht entziehen. In mancher Beziehung sind auch die bestehenden Einrichtungen ungenügend, z. B. die Aufsicht über die Pflegemütter und die ärztliche Beaufsichtigung der Kinder.

Thorspecken (Bremen).

Marfan. *L'assistance aux nourrissons dans les grandes villes.* (Le Nourrisson, Bd. I, H. 4, 1913.)

Marfan schlägt vor, die Säuglingsfürsorge in Großstädten in der Weise zu organisieren, daß in verschiedenen Stadtvierteln eine Vereinigung von Säuglingssprechstunden, Tageskrippen und Hospital eingerichtet wird. Zu diesen 3 Sektionen gehört als 4. Einrichtung ein Freiluftasyl, das nicht weit entfernt, immerhin aber außerhalb des dichtbewohnten Stadtviertels liegen soll. Marfan betont die Bedeutung einheitlicher Organisationen aller Maßnahmen für Säuglings- und Mutterschutz. Thorspecken (Bremen).

Reuben. *Observations on milk station infants.* (Beobachtungen an den Pfleglingen der Milchstationen.) (Arch. of Pediatr., März 1914.)

Eingehende Untersuchung über 1500 Kinder, von denen die überwiegende Mehrzahl künstlich genährt, doch eine Gesamtmortalität von kaum 1%. 90% der Kinder vertrugen die gewöhnlichen Modifikationen gut, notabene bei Verwendung von Vollmilch, nicht der hier vormals so beliebten Obermilch, die nur hie und da bei spezieller Indikation erfolgreich war. Malz und Eiweißmilch wurden sachgemäß angewendet; der Kalorienbedarf wurde sorgfältig berechnet und bei künstlicher Ernährung relativ hoch gefunden. 120 pro Kilo gegen etwa 100 bei Brustfütterung. Bei Atrophie war der Bedarf noch höher. Trotzte die Atrophie einer zweckmäßigen Nährmethode, so war häufig eine konstitutionelle Erkrankung, z. B. Lues und Tuberkulose, nachweisbar. Das Material bestand aus unserer geistig am tiefsten stehenden Bevölkerung, größtenteils Negern, so daß die Erfolge als außerordentlich günstig betrachtet werden dürften.

(Es sei bemerkt, daß die modernsten Nährmethoden nicht an allen Milchstationen in Verwendung kommen; daher werden die Erfolge Reubens nicht durchweg erreicht. Anm. des Ref.)

Wachenheim (New York).

Hospitalswesen.

Hermann Putzig. *Zur Frage der Sterblichkeit kranker Säuglinge in den ersten Tagen des Anstaltsaufenthaltes.* (Med. Klinik, 1913, Nr. 39.)

Akute, chronische, parenterale Ernährungsstörungen machen die Hauptmortalität der in den ersten 3 Krankenhaustagen sterben-

den Säuglinge aus. Besonders gefährdet ist das erste Lebensquartal mit über 60% Mortalität.

Atrophische Säuglinge kommen meist mit Untertemperaturen und in äußerst reduziertem Zustande zur Aufnahme. Sie sollten zunächst ausgiebig gewärmt, die Nahrungskarenz und die ärztliche Aufnahmeuntersuchung auf das notwendigste eingeschränkt werden.

Die größte Anzahl der Todesfälle in den ersten Behandlungstagen fällt in den Sommer und hier in den August.

Klotz (Schwerin).

St. Czarnik (Lemberg). *Über die neueren Einrichtungen in den Kinderspitälern.* (Tyg. lek., Nr. 44/48, 51/52.)

Referat; Mängel des Lemberger Kinderspitals und Vorschläge zu ihrer Behebung. Lewkowicz (Krakau).

Schule.

Karl Looft. *Intelligenzprüfungen von Schulkindern.* (Med. Rev., 1913, S. 569, Norwegen.)

Diese Untersuchungen, die nach Binet-Simons Methode vorgenommen sind, betreffen erstens normale Schulkinder, wovon Verf. sowohl Volksschulkinder wie Privatschulkinder untersucht hat. Aus den Untersuchungen geht es hervor, daß Loofts Resultate im ganzen mit denen ausländischer Untersucher übereinstimmen; ebenso zeigte es sich, daß das Urteil der Lehrer nicht mit den Resultaten, die eine genaue Intelligenzprüfung nach Binet-Simon zeigten, übereinstimmte. Für die Beurteilung Schwachbegabter — debiler — und Schwachsinniger findet der Verf. die Binet-Simon-Methode sehr praktisch und zuverlässig, alle anderen Methoden übertreffend.

Carl Looft.

Besprechungen.

A. Broca (Paris). *Chirurgie infantile.* (Verlag von Steinheil, Paris. 1914.)

Ein textlich knapp gehaltenes Lehrbuch der Chirurgie des Kindesalters, welches der Verf. mit erstaunlicher Liebe geschrieben haben muß. Sind doch die meisten der zahlreichen schematischen Abbildungen nach seinen Zeichnungen angefertigt.

Klotz (Schwerin).

A. Keller und **W. Birk.** *Kinderpflege-Lehrbuch.* 2. neubearbeitete Auflage. (Verlag von Julius Springer, Berlin; Preis: M. 2.—.)

Das vortreffliche Pflegebuch erscheint bereits in 2. Auflage, die in vielen Kapiteln, namentlich in denjenigen über „die geistige Entwicklung des Kindes", und im speziellen Teil umgearbeitet ist. Neu hinzugekommen sind ein Abschnitt über „die Amme und ihre Behandlung" und über die „Pflege älterer Kinder". Trotzdem ist infolge reichlicher Anwendung des Kleindruckes der Umfang des Buches nicht größer geworden. Orgler (Charlottenburg).

W. Birk. *Leitfaden der Säuglingskrankheiten.* (Verlag von Markus und Weber, Bonn, 1914; Preis: M. 4.80.)

Wem daran liegt, unser tatsächliches Wissen über die Säuglingskrankheiten in knapper Form ohne die zahlreichen mehr oder minder gut fundierten Theorien kennen zu lernen, dem sei die Anschaffung dieses Leitfadens dringend empfohlen. Er enthält in kurzer, aber überaus klarer Darstellung fast alles, was der Praktiker auf diesem Gebiete zu wissen braucht. Manches, wie z. B. die Kapitel über Lungen- und Herzkrankheiten, sind für meinen Geschmack etwas zu kurz geraten, aber das sind Fehler, die in der hoffentlich bald erscheinenden 2. Auflage verbessert werden können. Eine Reihe instruktiver Kurven ist dem Buche beigegeben.

Orgler (Charlottenburg).

Hans Spitzy (Wien). *Die körperliche Erziehung des Kindes.* (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1914.)

Bei der Abfassung des Buches ist auf Leser Rücksicht genommen worden, welche keine medizinische Ausbildung genossen haben. Trotzdem ist aber auch dem Mediziner die Lektüre durchaus anzuraten, er wird z. B. in den Kapiteln, welche der Schule gewidmet sind, des Lehrreichen genug finden. Die Ausstattung des Werkes mit Abbildungen ist sehr liberal. Klotz (Schwerin).

F. Wachsner. *Orthopädische Jugendfürsorge.* (Sonderabd. a. d. „Kinderarzt", März 1913, Nr. 3.)

Entsprechend den Säuglings- und anderen Fürsorgestellen fordert der Verf. auch orthopädische Fürsorgestellen.

Birk (Kiel).

Paul Frangenheim. *Die Krankheiten des Knochensystems im Kindesalter.* (Verlag von Ferd. Enke, Stuttgart, 1913; Preis: M. 14.80.)

Das Frangenheimsche Buch trägt den Charakter eines Lehrbuches. Die Darstellung ist klar, übersichtlich, die pädiatrische

Literatur weitgehend berücksichtigt. Zahlreiche instruktive und technisch vollendete Abbildungen. Klotz (Schwerin).

Th. Heller. (Direktor d. heilpäd. Anstalt Wien-Grinzing.) *Pädagogische Therapie für praktische Ärzte.* (Verlag von Julius Springer, Berlin, 1914.)

Das Buch ist für Lehrer abnormer Kinder, für Pädagogen überhaupt, mindestens ebenso brauchbar wie für Ärzte.

Die psychologische Begründung der empfohlenen heilpädagogischen Methoden ist klar und lesenswert.

Bei dem Abschnitt „Idiotie" interessieren u. a. die Bemerkungen des Verf. über die Erziehung der Idioten zur Reinlichkeit: sie soll durch subtile Hautpflege und möglichst genaue zeitliche Regelung der Entleerungen unterstützt werden. Die Enuresis bezeichnet der Verf. mit Recht als die wahre Crux der Idiotenpflege. Die angegebenen „Übungen" zur Förderung der Entwicklung idiotischer Kinder können nicht nur Ärzten, sondern auch Pflegepersonen sehr willkommen sein.

Für debile Kinder sind nach Heller Gedächtnisübungen nicht bloß nicht nützlich, sondern geradezu schädlich.

Sehr lesenswert sind auch die Erörterungen über die Erziehung nervöser Kinder, wobei u. a. die Überschätzung der intellektuellen Erziehung getadelt wird.

Die Bezeichnung „Psychasthenie" für neurasthenische Konstitution wird von manchen Ärzten, so z. B. auch von Helene Friederike Stelzner („Die psychopath. Konstitutionen" S. 4) für entbehrlich gehalten. Girstenberg.

Hugo Schulz (Greifswald). *Die Behandlung der Diphtherie mit Zyanquecksilber.* Eine Studie zur Organtherapie. (Verlag von Springer, Berlin, 1913.)

Das einzige Medikament, das angeblich vor der Einführung des Diphtherieserums etwas Zufriedenstellendes geleistet hat, ist das Zyanquecksilber gewesen, das in Dosen von stündlich 1 Teelöffel einer 0·01%igen Lösung genommen wurde. Die Einführung des Serums hat damals seiner Anwendung ein Ziel gesetzt. Unter Hinweis auf diese alten Erfahrungen und gestützt auf Tierversuche, empfiehlt der Verf. es aufs neue — neben der Serumbehandlung. Bei ausgebildeter Kehlkopfdiphtherie wird es allerdings ohne Wirkung sein, aber prophylaktisch angewendet, dürfte es gewiß Nutzen bringen.

Birk (Kiel).

Römer und **Viereck.** *Zur Behandlung und zum Wesen der Diphtherielähmung.* (Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung [mit Ausschluß der Tuberkulose]

herausgegeben von Brauer, Schottmüller, Much, Lüdke. Bd. II, H. 1, Orig., 1913.)

Es besteht wenig Wahrscheinlichkeit für die Annahme, daß das akut wirkende Diphtherietoxin und das Lähmungen erzeugende Diphtheriegift nicht identisch sind. Klotz (Schwerin).

Jochmann. *Schweißfriesel.* 2. Aufl. (Verlag von A. Hölder, Wien und Leipzig; Preis: K 3·20.)

Praktische Erfahrungen über Schweißfriesel fehlen der Majorität heutzutage praktisch tätiger Ärzte. Insofern ist die Monographie, welche vorzugsweise historisch-kritisch abgefaßt ist, eine lehrreiche Lektüre. Klotz (Schwerin).

Roeder. *Geländebehandlung herzkranker Kinder im Mittelgebirge.* (Verlag von Hirschwald, Berlin, 1914.)

Das Buch ist das Produkt verschiedener Autoren: Bickel, Zur Einführung, Bewegung und Kreislauf in der Physiologie. Roeder, Physiologische Beziehungen zwischen Kreislauf und Atmung. Derselbe, Weitere wissenschaftliche Unterlagen für eine Geländebehandlung herzkranker Kinder. Derselbe, Die Exkursion nach dem Thüringer Walde zur klinisch-experimentellen Beobachtung des Einflusses der Geländebehandlung bei 12 herzkranken Kindern im Sommer 1913 nebst den Krankengeschichten. Bieling, Orthodiagraphische und elektrokardiagraphische Untersuchungen an 12 herzkranken Kindern. Spinak, Untersuchung des Blutdrucks, des Pulses, des Blutes und des Urins usw. Wienecke, Psychologische Untersuchungen über das Verhalten herzkranker Kinder im Pubertätsalter im allgemeinen wie speziell die dahin zielenden Beobachtungen bei der Exkursion mit diesen Kindern im Sommer 1913. Roeder, Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse aus dem gesamten Material. Bieling, Praktische Durchführung der Geländebehandlung in den Luftkurorten des Thüringer Waldes unter Berücksichtigung von Friedrichsroda. Roeder, Schlußwort.

Das Ergebnis der Untersuchungen war — kurz gesagt — eine Bestätigung der alten Erfahrung, daß man mit herzkranken Kindern im Gebirge sehr vorsichtig sein soll.

Birk (Kiel).

J. Grober. *Diätetische Behandlung innerer Krankheiten.* (Verlag von Fischer, Jena, Preis: M. 3.50.)

Angesichts der zahlreichen Bücher über die Diätbehandlung sollte man meinen, daß das Thema eigentlich langsam erschöpft sein müßte. Wenn man aber das Buch durchstudiert hat, so merkt man doch, daß es nicht überflüssig war. Es gibt eben viele Wege, die man gehen kann. Der Hauptvorzug des Buches liegt unseres

Erachtens darin, daß es sich nicht auf die diätetischen Vorschriften beschränkt, sondern auch das viele Drum-und-Dran der Diätkuren berücksichtigt, die psychische Behandlung, die Notwendigkeit der Kombination mit Freiluftbehandlung, mit Massage, Bewegungstherapie usw. Es sind übrigens nicht bloß die eigentlichen Stoffwechselkrankheiten behandelt, sondern auch die Herz- und Gefäß- und die Nierenkrankheiten, ferner die fieberhaften Affektionen und die allgemeinen Schwächezustände.

Birk (Kiel).

Wagner v. Jauregg und **Bayer.** *Lehrbuch der Organotherapie,* bearbeitet von Basch, Bayer-Innsbruck, Borchard-Königsberg, Ehrmann-Berlin, Pineles-Wien, Wagner v. Jauregg-Wien. (Verlag von Thieme, Leipzig, 1914, Preis: M. 13.—.)

Die große Bedeutung, die die Drüsen mit innerer Sekretion gewonnen haben, und der pharmakologische Wert, der ihren Sekreten innewohnt, rechtfertigt die Abfassung dieses Buches. Es sind größtenteils Forschungsergebnisse der allerletzten Jahre, die seinen Inhalt ausmachen. Trotzdem haben einige der hier in Betracht kommenden Organe bereits eine geradezu imponierende Literatur aufzuweisen, so die Schilddrüse, die Nebennieren mit dem Adrenalin und die Hypophyse. Speziell pädiatrisches Interesse besitzen die beiden Kapitel über die Thymus und über die Epithelkörperchen. Ersteres stammt von dem verstorbenen Basch und trägt den Stempel seines Autors, in jeder Hinsicht klar, erschöpfend und mit vollster Sachkenntnis geschrieben. Was die Organtherapie der Thymus anbetrifft, so verhält sich Basch gänzlich ablehnend dazu. Zum gleichen Resultat kommt Pineles, der die „Epithelkörperchen" geschrieben hat. Wenigstens von der internen Verabreichung von Epithelkörperchen verspricht er sich keinen Erfolg, optimistischer scheint er über die Transplantation von Epithelkörperchengewebe bei der parathyreopriven Tetanie zu denken. — Die übrigen Kapitel behandeln die Organotherapie der Schilddrüse, der Hypophyse, der Pankreas, Nebenniere und der Keimdrüsen.

Den Beschluß des Werkes bildet eine Zusammenfassung der therapeutischen Versuche mit nichtinnersekretorischen Organen. Hier hat man allerdings vielfach den Eindruck, als ob die Wissenschaft aufhöre und eine wilde Empirie walte: man behandelt Infektionskrankheiten wie Pneumonien mit Leukozyten und Leukozytenextrakten, Augenkrankheiten mit Linsensubstanz, Lungenkrankheiten mit Lungensubstanz usw.

Der Wert des Buches liegt hauptsächlich darin, daß es das ganze Tatsachenmaterial über die Drüsen mit innerer Sekretion und dessen eventuelle therapeutische Nutzanwendung für die Praxis einmal von sachverständiger Seite zusammengetragen enthält. In dieser Beziehung entspricht es einem tatsächlichen Bedürfnis.

Birk (Kiel).

Wilhelm Sternberg. *Das Nahrungsbedürfnis, der Appetit und der Hunger.* (Verlag von Joh. Ambros Barth, Leipzig, 1913, 179 S., Preis: M. 5.—.)

Mag über die unleugbaren Einseitigkeiten und Übertreibungen auch kein Zweifel sein, so lassen sich doch Originalität der Auffassung und eine beneidenswerte, seltene Belesenheit des Autors nicht leugnen. Pawlow, Krehl, Abderhalden, H. H. Meyer, Gottlieb usw., alle werden sie am kritischen Bratspieß geröstet. Dennoch aber möchte ich die Lektüre dieser diätetischen Studie Interessenten empfehlen. Klotz (Schwerin).

Rudolf Abel. *Bakteriologisches Taschenbuch.* 17. Aufl. (Verlag von C. Kabitzsch, Würzburg, 1913; Preis: geb. M. 2.—.)

Ein praktisch und wissenschaftlich allen Ansprüchen genügendes Taschenbuch. Klotz (Schwerin).

Hofmeister. *Leitfaden für den praktisch-chemischen Unterricht der Mediziner.* (Fünfte neu durchgesehene und vervollständigte Aufl., Verlag von Vieweg, 1914, Preis: geb. M. 4.—.)

Über Hofmeisters bewährten Leifaden noch etwas zu sagen, wäre überflüssig. Wir begnügen uns daher, die neue Auflage hier zu erwähnen. Birk (Kiel).

Gehes Codex. (Zweite Aufl., Preis: geb. M. 7.—.)

Der Kodex enthält alle Arzneimittel, kosmetischen Präparate und wichtigen technischen Produkte mit kurzen Bemerkungen über ihre Zusammensetzung und Dosierung. Hier merkt der Leser erst, wie uferlos die Arzneimittelindustrie geworden ist und wie kritiklos neue Arzneimittel auf den Markt geworfen werden. Durch den ganzen Wirrwarr indikationsgerechter und schwindelhafter Medikamente ist das Buch ein guter Führer. Birk (Kiel).

H. Strauss. *Praktische Winke für die chlorarme Ernährung.* (Zweite vermehrte und verbesserte Auflage, Verlag von Karger, Berlin, 1914, Preis: M. 1.50.)

Diese 2. Auflage des bekannten Buches ist durch eine Anzahl neuer Kostformen erweitert worden. Sie enthält ferner ein einleitendes, für den Praktiker zweifellos erwünschtes Kapitel über das Anwendungsgebiet der chlorarmen Kost, also über ihren Gebrauch bei Herz-, Magen-, Nierenkrankheiten, bei Epilepsie, Diabetes insipidus usw. Im übrigen gleicht sie der früheren Auflage.

Birk (Kiel).

Faulhaber (Würzburg). *Die Röntgendiagnostik der Magenkrankheiten.* (Verlag von Marhold, Halle, 1914, Preis: M. 3.—.)

Wir haben vor kurzem die Röntgendiagnostik der Darmkrankheiten des gleichen Verf. an dieser Stelle besprochen und können

das Lob, das wir ihnen zollten, auch diesem Heft erteilen. Es ist ein ausgezeichneter Leitfaden, der nur empfohlen werden kann. Er erscheint übrigens schon in zweiter Auflage, auch ein Beweis für seine Brauchbarkeit. Birk (Kiel).

Schindler. *Der Salvarsantod, seine Ursache und seine Verhütung. Intravenöse oder intramuskuläre Salvarsaninjektion.* (Verlag von Karger, Berlin, 1914.)

Trotz aller Ableugnungen scheint der Weg des Salvarsans mit Leichen gepflastert zu sein. Es sind furchtbar traurige Fälle, die der Verf. aus der Literatur gesammelt hat und in größerer Zahl hier mitteilt. Der typische Salvarsantod ist eine Arsenvergiftung und tritt bei Altsalvarsan genau so auf wie bei Neusalvarsan. „Wir wissen niemals und können es niemals vorhersagen, ob der Syphilitiker gerade, der nun eine intravenöse Injektion von Alt- oder Neusalvarsan erhalten soll, den Salvarsantod sterben wird oder nicht, und wir kennen auch keine Minimaldosis für intravenöse Injektionen, welche etwa solche Katastrophen verhütet. Und deshalb und weil das Salvarsan vasotrop ist, dürfen wir es nicht direkt in die Blutbahn einführen."

Als Ersatz wird das vom Autor erfundene „Joha" empfohlen. Das Buch ist also etwas pro domo geschrieben. Wenn man davon absieht, so bleibt es doch eine sehr interessante Darstellung, weil es einmal ungeschminkt die Wahrheit über das Salvarsan, sowohl über seine guten Seiten wie auch über seine Fährnisse, sagt. Birk (Kiel).

Inhalt.

Göppert. *Sammelreferat aus dem Gebiete der Rhinolaryngologie und Otologie 388, 395.* — **Physiologie und allgemeine Pathologie. Apert.** *Temperatur 405.* — **Sedzink.** *Magenverdauung 406.* — **Grünfelder.** *Magensaftsekretion und Infektion 406.* — **Wolpe.** *Pflanzenphosphor 406.* — **Allgemeine Diagnostik.** *Döhlesche Leukozyteneinschlüsse 407.* — **Pharmakologie und Toxikologie. Lucas.** *Herzstimulantien 407.* — **Sexton.** *Guajakolvergiftung 407.* — **Serologie und Immunitätslehre. Syrenskij.** *Toxizität des Blutserums 407.* — **Cowie.** *Serumkrankheit 408.* — **Klimenko.**

Wiederholte Einspritzung von Heilserum 408. — **Dziergowski.** *Aktive Diphtherieimmunisierung 408.* — **Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Thiemich.** *Amennorrhöe und Stillen 409.* — **Lewkowicz.** *Nahrungsmenge beim Brustkind 409.* — **Rosenthal** und **Oerum.** *Malzsuppe 410.* — **Ribadeau-Dumas. Kern** und **Müller.** *Eiweißmilch 411.* — **Wegener. Ostrowski.** *Larosan 411.* — **Beck.** *Kaseinkalziummilch 412.* — **Müller** und **Schloss.** *Herstellung der Nahrung 412.* — **Sedziuk.** *Engel-Turnausche Reaktion 412.* — **Hjort.** *Erstickungstod beim Brustkinde 412.* — **Lateiner-Mayerhofer** und **Progulski.** *Säuglingsernährung in Lemberg 413.* — **Peiser. Hess. Ruhräh.** *Pylorospasmus 413.* — **Bertrand. Metschnikoff.** *Darmflora 414.* — **Saint-Girons.** *Diarrhöe 414.* — **Milchwissenschaft und Molkereipraxis. Progulski.** *Konservierte Frauenmilch 414.* — **Njegowan.** *Phosphatide der Milch 415.* — **Grosser.** *Einfluß des Kochens 415.* — **Hoobler.** *Zubereitung der Eiweißmilch 415.* — **Kretschmer.** *Bestimmung des Milchzuckers 415.* — **Stoffwechsel. Mayer.** *Diastase im Säuglingsharn 415.* — **Heidenhain** und **Ewers.** *Fieber nach Kochsalzinfusion 416.* — **Schlossmann** und **Murschhauser.** *Stoffwechsel im Hunger 416.* — **Zuntz.** *Einfluß chronischer Unterernährung 417.* — **Abderhalden.** *Reduktion des Harns 417.* — **Sieburg.** *Chemie der Hydrozephalusflüssigkeit 417.* — **Diathesen. Kramstyk.** *Diathesen 417.* — **Curschmann.** *Broncholetanie 417.* — **Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen. v. Szontagh.** *Kontagiosität infektiöser Krankheiten 418.* — **Müller.** *Akute Infektionen 419.* — **Aaser.** *Meningitis cerebrospinalis 419.* — **Judt.** *Akute eitrige Gelenksentzündung 419.* — **Skalski.** *Variola 420.* — **Keuper.** *Ruhr 420.* — **Goldberg** und **Oczesalski.** *Tollwut 420.* — **Jochmann.** *Scharlach. Lyssa 421.* — **Boehnke.** *Diphtherie und Tetanusserum 421.* — **Cederberg.** *421.* — **Baginski. Levi. Lämmerhirt. Massini.** *422.* — **Gromski. Boguszewski. Niesenson. Biehler. Czarkowski.** *423.* — **Krukowski.** *Scharlach 424.* — **Trumpy. Jungelunas. Friedjung.** *424.* — **Grumann.** *Masern 425.* — **Hahn. Bachauer.** *425.* — **Reiche. Kobrak. Pulawski.** *426.* — **Zabko-Potopowicz. Krysiewicz.** *Diphtherie 427.* — **Aaser. Lust** und **Rosenberg.** *427.* — **Deutsch. Biehler. Bychowski. Biehler. Flexner** und **Amoss.** *Poliomyelitis 428.* — **Schneider.** *Keuchhusten 429.* — **Lagane.** *Pfeifferscher Bazillus 429.* — **Tuberkulose. Harbitz.** *429.* —

Müller. *Tuberkulose im Kindesalter 430.* — **Di Christina.** *Anaphylaxie und Antianaphylaxie 431.* — **Gade.** *431.* — **Rozenblat. Robertson.** *Tuberkulinreaktion 432.* — **Rozenblat.** *Tuberkelbazillen im Blut 432.* — **Fischberg.** *Kind im tuberkulösen Milieu 432.* — **v. Pirquet.** *Untersuchungen an Schulkindern 433.* — **Arlusk. Hewelke. Koszutski.** *Tuberkulose und Schule 433.* — **Heymann.** *Retropharyngeales Lymphom 434.* — **Götz.** *Bronchialdrüsentuberkulose 424.* — **Rach.** *Lungentuberkulose 435.* — **Lewkowicz** und **Latkowski.** *Perikardialslymphyse 435.* — **Engel.** *Behandlung der Skrofulose 436.* — **Treplin.** *Behandlung an der See 437.* — **Vollmer.** *Kinderheilstätten 437.* — **Stommel.** *Tuberkulin Rosenbach 437.* — **Syphilis. Rabinowitsch.** *Wa.-R. 438.* — **Zirkulationsapparat. Bensch.** *Psychische Herzgeräusche 438.* — **Jaffé.** *Arterionekrose 439.* — **Respirationsorgane. Londe.** *Bronchitis 439.* — **Hochhaus.** *Durstkur 439.* — **Ottrowski.** *Signe du sou 439.* — **Innere Sekretion. Hornowski.** *Thymus 440.* — **Starkel.** *Nebennieren 440.* — **Verdauungstraktus. Marfan** und **Baudouin.** *Pylorusstenose 440.* — **Mamrot.** *Hirschsprungsche Krankheit 441.* — **Draschker.** *Peritonitis 441.* — **Przedborski.** *Askariden 442.* — **Urogenitalsystem. Smith.** *Vulvovaginitis 442.* — **Jacobs.** *Granularatrophie der Niere 442.* — **Kressowski.** *Stein in der Harnröhre 442.* — **Bewegungsapparat. Piske.** *Stillsche Krankheit 443.* — **Neurologie und Psychiatrie. Strauch.** *Imitations- und Induktionskrankheiten 443.* — **Howell.** *Neurose 443.* — **Raecke.** *Geistesstörung und Kriminalität 444.* — **Tomaszewski** und **Schreiber.** *Balkenstich 444.* — **Renault** und **Lévy.** *Meningeale Affektionen 444.* — **Stoffwechselkrankheiten. Hescheles.** *Diabetes mellitus 445.* — **Mamrot.** *Diabetes insipidus 445.* — **Freudenberg. Ribadeau-Dumas.** *Barlowsche Krankheit 445.* — **Wachstumkrankheiten. Raczynski.** *Rachitis 446.* — **Haut. Schubert.** *Furunkulose 446.* — **Triboulet.** *Pyodermitis 446.* — **Klotz.** *Skabies 446.* — **Chirurgie. Vulpius.** *Knochenoperation bei Vorderarmlähmung 447.* — **Orthopädie. Böhm.** *Entwicklungsfehler des Rumpfskelettes 447.* — **Peltesohn.** *Distensionsluxation der Hüfte 448.* — **Ludloff.** *Blutige Reposition der Hüftluxation 448.* — **Pomorski.** *Teratom 448.* — **Mißbildungen. Warburg.** *Scapula scaphoidea 449.* — **Vakzination. Obmann.** *Generalisierte Vakzine 449.* — **Hygiene und soziale Medizin. Aviragnet.** *449.* —

Marfan. *Säuglingsschutz 450.* — **Reuben.** *Pfleglinge der Milchstationen 450.* — **Hospitalwesen. Putzig.** *Sterblichkeit in den ersten Tagen des Anstaltsaufenthaltes 450.* — **Czarnik.** *Neuere Einrichtungen 451.* — **Schule. Looft.** *Intelligenzprüfungen 451.* — **Besprechungen. Broca.** *Chirurgie infantile 451.* — **Keller** und **Birk.** *Kinderpflege-Lehrbuch 452.* — **Birk.** *Leitfaden der Säuglingskrankheiten 452.* — **Spitzy.** *Körperliche Entwicklung des Kindes 452.* — **Wachsner.** *Orthopädische Jugendfürsorge 452.* — **Frangenheim.** *Krankheiten des Knochensystems 452.* — **Heller.** *Pädagogische Therapie 453.* — **Hugo Schulz.** *Behandlung der Diphtherie 453.* — **Römer** und **Viereck.** *Behandlung und Wesen der Diphtherielähmung 453.* — **Jochmann.** *Schweißfriesel 454.* — **Roeder.** *Geländebehandlung herzkranker Kinder 454.* — **Grober.** *Diätetische Behandlung innerer Krankheiten 454.* — **Wagner v. Jauregg** und **Bayer.** *Lehrbuch der Organotherapie 455.* — **Sternberg.** *Nahrungsbedürfnis, Appetit und Hunger 456.* — **Abel.** *Bakteriologisches Taschenbuch 456.* — **Hofmeister.** *Leitfaden für den praktisch-chemischen Unterricht 456.* — **Gehes.** *Codex 456.* — **Strauss.** *Praktische Winke für die chlorarme Ernährung 456.* — **Faulhaber.** *Röntgendiagnostik der Magenkrankheiten 456.* — **Schindler.** *Der Salvarsantod 457.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin W. 50., Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Berlin | Göppert Göttingen | Knöpfelmacher Wien | Moro Heidelberg | Thiemich Leipzig | Tobler Breslau | Berend Budapest
Comba Florenz | Johannessen Kristiania | Koplik New-York | Marfan Paris | Schkarin St. Petersburg | Thomson Edinburg | Wieland Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.
Preis der „Referate", jährlich 2 Bände, pro Band (ca. 40 Bogen) Mk. 20.—.
Preis der „Originalien" (ca. 45—50 Bogen) jährlich Mk. 30.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XIII. Referate. Nr. 6.

Sechstes Sammelreferat über Arbeiten aus der Lehre von der Tuberkulose (1912 und 1913).

Von **H. Schelble** und **G. Franke**, Bremen.

Monographien, Kongresse und Allgemeines.

Bandeliers und Roepkes (1) „Klinik der Tuberkulose" hat ihre 2. Auflage erlebt.

Das Handbuch hat die gesamte neuere Literatur über Kindertuberkulose berücksichtigt und gibt in dieser Beziehung eine gute Übersicht.

In folgenden Punkten können wir uns mit den Verfassern nicht einverstanden erklären, aus Gründen, die in den früheren Referaten bereits ausgesprochen sind:

„Die Tuberkulose ist eine Kinderkrankheit." „Die Diagnostik der Tuberkulose des Kindesalters unterscheidet sich im großen und ganzen nicht von der Diagnostik der Tuberkulose Erwachsener." Ferner in Empfehlung der alten Kochschen subkutanen Tuberkulinprobe und die der allzu warmen Anpreisung der Tuberkulinbehandlung. Der Ansicht der Verff., daß die infolge leichter Infektion im Kindesalter geschaffene Immunität gegen Neuinfektion nur eine relative sei, die schwereren Reinfektionen gegenüber versage, kann man nur beipflichten. Ebenso den daraus hergeleiteten Konsequenzen für die Prophylaxe.

Fearis (2) hat in einer kleinen mit einer Einleitung von Karl Spengler versehenen Schrift sich über das Wesen und den Umfang von Karl Spenglers Forschungen über charakteristische Kennzeichen der Tuberkel- und Perlsuchtbazillen, Untersuchungen über

die Sekundärinfektion bei Lungentuberkulose, syphilotuberkulöse Mischinfektion, Untersuchungen über Tuberkuline und Vakzine, Bedeutung der Blutzellen für die Produktion und Akkumulation der Tuberkuloseimmunkörper, Bedeutung der Freiluft-, der Tuberkulin- und der Immunkörper- (= I.-K.) Behandlung für die Erhöhung der Immunität, Herstellung des Tuberkuloseimmunblutes (I.-K.), bakterizide und antitoxische Wirkung des I.-K., Vergleich der Wirkungen des Immunkörpers und des Tuberkulins, über die Anwendungsweise des Immunkörpers in der Praxis, Awtokratoffs und Lukins Behandlungsmethoden, Urteile von Ärzten, welche Immunkörper geprüft und Berichte darüber veröffentlicht haben, Resultate der Immunkörperbehandlungsmethode, verglichen mit den Erfolgen anderer Behandlungsmethoden, Vergleich der Immunkörpertherapie mit anderen Tuberkulosbehandlungsmethoden im Sinne einer Immunitätssteigerung, Wirksamkeit der Immunkörpertherapie nach den vorliegenden Berichten und über die Bedeutung der Immunkörpertherapie in der Bekämpfung der Volkstuberkulose verbreitet. Das Schriftchen ist von Ella Spengler-Richter ins Deutsche übertragen.

Die schönen pathologisch-anatomischen Studien von Ghon und Roman (3), die mit ausführlichen Protokollen über die anatomischen, bakteriologischen und histologischen Befunde ausgestattet sind, werden des näheren unter C besprochen werden.

Besonders für Pädiater sehr lesenswert erscheint mir die kleine Schrift von Lorentz über die Tuberkulosesterblichkeit der Lehrer.

Weinberg (5 b) hat in überaus fleißiger und sorgfältiger Weise ein großes statistisches Material über die Kinder der Tuberkulösen durchgearbeitet. Den Worten M. Grubers „Mit Vergnügen und Nutzen wird derjenige, der sich die Mühe nimmt, den teilweise nicht gerade leicht zugänglichen methodischen Pfaden des Verf. zu folgen, lernen, mit welcher Umsicht dieser die Beziehungen seines Stoffes erfaßt, mit welcher Klarheit er die Fragen gestellt hat und mit welcher Besonnenheit und Findigkeit er die Antworten darauf sucht", kann man nur beistimmen. Auch auf den Inhalt dieser sowie der vorgehenden Schrift wird bei den entsprechenden Kapiteln des näheren einzugehen sein.

1. **Bandelier** und **Roepke.** Die Klinik der Tuberkulose. Handbuch der gesamten Tuberkulose für Ärzte und Studierende. Preis geh. 13·50 Mark. Verlag Kabitsch, Würzburg.

2. **Fearis.** Die Behandlung der Tuberkulose mittels Immunkörper (I.-K.). Preis geh. 2 Mark. Verlag Max Steinebach, München.

3. **Ghon** und **Roman.** Pathologisch-anatomische Studien über die Tuberkulose bei Säuglingen und Kindern, zugleich ein Beitrag zur Anatomie der lymphogenen Abflußbahnen der Lungen. Verlag Alfred Hölder, Wien.

4. **Lorentz Friedrich.** Die Tuberkulosesterblichkeit der Lehrer. Preis geb. 75 Mark. Verlag Johannes Müller, Charlottenburg.

5 a. **Schelble H.** Die Tuberkulose im Kindesalter. Deutsche med. Wochenschr., 1913.

5 b. **Weinberg Wilhelm.** Die Kinder der Tuberkulösen. Preis geb. 5 Mark. Verlag S. Hirzel, Leipzig.

A. Statistik und Verbreitung.

Nach Behla (8) starben in Preußen von 10.000 Einwohnern an Tuberkulose:

Im Alter von Jahren	1876	1912
0— 1	21	18
1— 5	11	8
5—10	4·2	4·3
10—15	5·7	5·2
15—20	26	17
30—60	46	19

Auffallend ist der sehr geringe Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit im Kindesalter. Wenn dieser Art von Statistik großer Wert beizulegen wäre, dann müßte uns diese Tatsache betrüben und zu energischer prophylaktischer Arbeit anspornen.

Ascher (7) berichtet über die Bestätigung seiner vor einigen Jahren aufgestellten Beobachtung, daß die Zahl der Infektionen mit Tuberkulose im schulpflichtigen Alter im auffallenden Gegensatz stehe zur Zahl der Todesfälle an Tuberkulose in diesem Alter. Die Gründe für diese, inzwischen von verschiedenen Seiten bestätigte Tatsache lägen in der großen Widerstandskraft des schulpflichtigen Alters.

Altschul (6) fand auf Grund amtsärztlicher Atteste unter 10.000 dem Lehrerstande angehörigen Personen 2·3% Tuberkulöse, vorwiegend Lehrerinnen.

Nach Lorentz (4) ist die Tuberkulosemortalität der Lehrerschaft nicht wesentlich höher als die anderer Berufsgruppen. Auch im Lehrerstande ist die Tuberkulose im letzten Jahrzehnt in der Abnahme begriffen. An der Frequenz der Tuberkulosemortalität scheinen die Lehrer in Stadt und Land in gleicher Weise beteiligt zu sein. Das Maximum der Tuberkulosesterblichkeit liegt bei den Lehrern scheinbar im frühesten erwerbsfähigen Alter, zwischen 20 und 30 Jahren. Die Tuberkulose der Lehrer ist keineswegs als eine spezifische Berufskrankheit aufzufassen, sondern sie ist eine sozial bedingte Krankheit.

Ungermann (11). Bei 171 wahllos zur Sektion kommenden Kindern im Alter von 3 Wochen bis 12 Jahren waren in 23% Tuberkelbazillen in den Lymphdrüsen und in drei Vierteln dieser Fälle wiederum alle viszeralen Lymphsysteme infiziert. Die meisten Fälle fanden sich im zweiten bis dritten Lebensjahre.

Medin (10) teilt aus den Sektionsprotokollen des Carolineninstitutes in Stockholm der Jahre 1842—1911 folgendes mit: Von 7630 im 1. Lebensjahre gestorbenen Kindern fand man bei 623 tuberkulöse Veränderungen bei der Sektion. Von diesen 623 fand man bei nur 6 ausschließliche Tuberkulose des Digestionstraktes oder seiner Lymphknoten. Unter 131 sezierten Kindern der Jahre 1894 bis 1911 fand sich kein solcher Fall. Von den 623 Fällen zeigten 287 Tuberkulose der Lungen oder der Bronchialdrüsen ohne weitere

Aussaat im Körper, 313 Tuberkulose der Lungen oder der Bronchialdrüsen mit gleichzeitiger Verbreitung im Körper. Ein Fall wies mit Wahrscheinlichkeit auf intrauterine Infektion. Knochengelenk- und Bauchfelltuberkulose im 1. Lebensjahre war extrem selten. Spuren von ausgeheilter Tuberkulose fanden sich im 1. Lebensjahre fast nie. Der Verf. kommt auf Grund seiner 30jährigen Erfahrungen im Carolineninstitut in Stockholm zu dem Schluß, daß die Infektion durch Kuhmilch äußerst selten sei.

Beitzke (9) fand bei 27 Kindern, die bei der Sektion makroskopisch keine Tuberkulose zeigten, 9mal mikroskopisch oder im Tierversuche, oder mit Antiformin Tuberkulose in den zervikalen tracheobronchialen oder mesenterialen Lymphdrüsen.

6. **Altschul.** Tuberkulose unter den Lehrern. 11. Internationale Tuberkulosekonferenz. Berlin, Oktober 1913.

7. **Ascher Louis.** Zur Statistik der Kindertuberkulose. Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde, Münster i. W., 1912.

8. **Behla.** Die amtliche Mortalitätsstatistik der Kindertuberkulose. Der Anteil der Skrophulose im preußischen Staat seit 1876. XI. Internationale Tuberkulosekonferenz. Berlin, Oktober 1913.

9. **Beitzke.** Untersuchungen über die Infektionswege der Tuberkulose. XV. Tagung der deutschen pathologischen Gesellschaft Straßburg, April 1912.

10. **Medin O.** Contribution à la connaissance des voies d'infections de la tuberculose chez les enfants dans leurs première année de vie. Archiv f. Kinderheilk., 1913, Bd. LX/LXI.

11. **Ungermann E.** Untersuchungen über die tuberkulöse Infektion der Lymphdrüsen im Kindesalter. Tuberkulosearbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte, 1912, Heft 12.

B. Heredität und Disposition.

Peterka (20) kommt zu denselben Resultaten wie seinerzeit Pollak: Die von ihm beobachteten tuberkulösen Kinder waren fast ausschließlich in den ersten 3 Lebensjahren infiziert. Fast die Hälfte der Kinder war nicht imstande, die erste tuberkulöse Infektion dauernd auszuheilen, sondern erkrankte mit Rückfällen.

Paul Römer (22) glaubt, unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur sagen zu dürfen, daß eine gewisse Infektion mit Tuberkulose im Kindheitsalter fast unter keinen Verhältnissen zu vermeiden sei, daß sie einen gewissen Grad von Immunität erzeuge und als wohltuende Vakzination zu betrachten sei. Zu metastatischen Verbreitungen im späteren Alter komme es bei denen, die im Kindheitsalter einer besonders schweren Primärinfektion ausgesetzt worden seien. Unterstützend wirke der paralytische Thorax und sekundäre Erkrankungen. Zu bekämpfen sei demnach zunächst die massive Primärinfektion in der Kindheit.

O. v. Hellens (16) berechnet aus den Anamnesen von 1400 sicher konstatierten Lungentuberkulosen, daß 25% mit größter Wahrscheinlichkeit, 8% mutmaßlich im Kindesalter infiziert wurden. Nur in 16% konnte nicht nachgewiesen werden, daß in der Kindheit tuberkulöse Erkrankungen oder Tuberkulose bei den

näheren Verwandten bestanden habe. Damit ist jedoch noch nicht bewiesen, daß ein Zusammenhang besteht zwischen der in der Kindheit erworbenen Infektion und der später aufgetretenen Phthise.

Walter Freymuth (14) glaubt, daß die Lungentuberkulose der Erwachsenen (Erfahrungen an 816 Kindern und 510 Erwachsenen) nicht eine Fortsetzung einer Kindheitslungeninfektion, sondern in den meisten Fällen die Folge einer neuen exogenen Infektion sei. Er bezieht sich besonders auf die sicher nachgewiesenen Infektionen unter Ehegatten.

Auch Lubarsch (18) glaubt auf Grund seines eigenen und des in der Literatur niedergelegten Materials nicht an die Entstehung der Tuberkulose der Erwachsenen im Kindesalter. Die tuberkulöse Infektion und besonders die latenten Herde seien im Kindesalter erheblich seltener als beim Erwachsenen.

Ebenso Hillenberg (17) kommt auf Grund statistischer, anatomischer Untersuchungen zur Annahme, daß die Ansteckung Erwachsener mit Tuberkulose fast ausnahmslos unabhängig von der Kindheitstuberkulose erfolgt.

Aus Weinbergs (5 b) Untersuchungen geht die starke soziale Bedingtheit der Tuberkulose hervor, ihre Abhängigkeit von dem Zusammenleben mit tuberkulösen Familienmitgliedern. Wir erkennen dies sowohl aus dem Einflusse der Geburtenfolge auf die Sterblichkeit der Kinder Tuberkulöser als aus dem des Abstandes ihrer Geburtszeit vom Tode der tuberkulösen Eltern, wie auch aus der Abhängigkeit der Größe dieser Sterblichkeit von der sozialen Stellung der Eltern. Der starke Einfluß der ersten Zeit nach der Geburt äußert sich in einer besonders hohen Korrelation zwischen der elterlichen und kindlichen Tuberkulose im ersten Lebensjahre. Allein das Wiederansteigen dieser Korrelation im Alter der Pubertät weist darauf hin, daß die Infektion im frühen Kindesalter nicht ausreicht, um alle Erscheinungen restlos zu erklären. Ob es nicht dabei um eine vermehrte Gefährdung der früh Infizierten den Eintritt in den Beruf und durch die Pubertät selbst handelt, die ja beide in oft verhängnisvoller Weise zusammenfallen, läßt sich durch die vorliegenden Zahlen allein nicht entscheiden. Er verweist aber auf seine in der Vierteljahrschrift für öffentliche Gesundheitspflege erscheinenden Ausführungen, aus denen hervorgeht, daß man bei exakter Fragestellung bei den nicht nachweisbar Infizierten eine Gefährdung durch frische Infektion in allen Altersklassen annehmen muß und daß bei einer solchen Betrachtungsweise die Frühinfektion entschieden an Bedeutung verliert. Leider ist eine Untersuchung der Sterblichkeit der Kinder Tuberkulöser nach dem 20. Lebensjahre bis jetzt nicht in genügendem Maße möglich. Nach dem, was Weinberg aber über die familiäre Belastung der erwachsenen Tuberkulösen früher gefunden hat (siehe seine Arbeit von 1907), ist anzunehmen, daß der Einfluß der Abstammung von tuberkulösen Eltern bald nach dem 20. Jahre wieder nachläßt. Endlich geht aus Weinbergs Zahlen mit Deutlichkeit hervor, daß das Zusammenleben mit Tuberkulösen keineswegs nur innerhalb der Arbeiter- und Armen-

bevölkerung in hohem Grade gefährlich ist, sondern daß sich diese Gefahr auf den allergrößten Teil des Volkes erstreckt und es nur einem verschwindenden Teile möglich ist, diese Gefahr mit einigem Erfolge zu vermeiden.

Die Ansichten über die Folgen tuberkulöser Belastung sind sehr verschieden.

C. Th. Curschmann (12) konstatierte an 8802 Kranken aus den Lungenheilstätten Luisenheim und Friedrichsheim, daß die Deszendenten von Tuberkulösen in jedem Stadium und in jedem einzelnen Jahrgang eher etwas günstigere Resultate bezüglich des Dauererfolges hatten als die Nichtbelasteten.

Armand Delille (13) fand bei Kindern von 179 Familien, von denen meist einer oder beide Eltern tuberkulös waren und deren Kinder zum Teil durch eine wohltätige Stiftung in gesunde Umgebung gebracht wurden, folgendes: Von den Kindern, die bei den Eltern blieben, erkrankten 60% an Tuberkulose, von den in gesunde Umgebung gebrachten 323 Kindern erkrankten 4 = 1%.

Peters (21) fand unter 17.000 Schulkindern 1700 erheblich mit Tuberkulose belastet. Bei der Untersuchung, ob diese Kinder körperlich so verändert waren, daß man schon bei ihrer Betrachtung auf den Verdacht erblicher Belastung kommen könne, fand er, daß zirka 30% von guter, zirka 60% von normaler Körperbeschaffenheit waren.

W. C. Williams (23) stellte als Schularzt durch jährliche Messungen fest, daß bei Mädchen zwischen dem 9. und 10. Jahr, bei Knaben zwischen dem 12. und 13. Jahre die normale Zunahme des Brustumfanges gegenüber der Körperlänge bedeutend zurückbleibt.

Woodhead, Tiberti und Triboulet wiesen auf den Zusammenhang von Alkoholismus und Tuberkulose hin, speziell auch auf den ungünstigen Einfluß des Alkoholismus der Eltern.

Wladimir Grunberg (15) fand an Kindern aus 8 Familien, von denen in 472 Tuberkulose bei Großeltern, Eltern oder Kindern vorkam, unter anderem, daß der tuberkulöse Vater mehr Kinder zeugt als der gesunde (350 : 282), der an Tuberkulose und Alkoholismus leidende Vater noch mehr. Die Zahl der Fehlgeburten ist doppelt bis 4mal so groß wie bei Nichtbelasteten. Von den am Leben bleibenden Kindern findet man in nicht belasteten Familien 77% Normale, bei belasteten 40%, wenn Eltern und Großeltern krank gewesen 30%, bei Komplikation mit Syphilis 14%. Im späteren Leben zeigten sich die Kinder der belasteten Familien oft elend und skrofulös, unter anderem erkranken sie in der Pubertät an Tuberkulose. Angeboren findet sich nur eine Schwäche des Atmungsapparates. Die Infektion fand stets in der Familie statt.

Nach Weinberg (5 b) dagegen liegt für die rassenhygienische Betrachtung des Tuberkuloseproblems eine gewisse Beruhigung darin, daß die Fruchtbarkeit der Tuberkulösen keineswegs exzessiv ist, daß sie vielmehr hinter derjenigen der Nichttuberkulösen zurückzubleiben scheint.

12. **Curschmann C. Th.** Die Bedeutung der erblichen Belastung für den Verlauf der Lungentuberkulose. 7. Jahresversammlung der Vereinigung der Lungenheilanstaltsärzte in Hamburg, Juni 1912.
13. **Delille A.** La morbidité tuberculeux chez les enfants vivant au contact de parents tuberculeux. Bull. méd., 27. Juli 1912.
14. **Freymuth W.** Heilstättenerfahrungen über Tuberkuloseinfektion und Schwindsuchtentstehung mit besonderer Berücksichtigung der Römerschen Erfahrungen. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 1912, Bd. XXIII, H. 4.
15. **Grunberg W.** Heredité et Tuberculose. Dissert., Paris 1912.
16. **Hellens O.** Tuberkulöse Infektion im Kindesalter und erbliche Belastung bei Lungentuberkulose. Finske Cäkaresällskapets Handlingar, 1913, Bd. LV.
17. **Hillenberg.** Kindheitsinfektion und Schwindsuchtsproblem. Tuberculosis, 1912, Bd. XI, Nr. 3.
18. **Lubarsch O.** Zur Pathologie und Tuberkulose im Säuglings- und Kindesalter. Reichs-Medizinalanzeiger, 1913, Nr. 9.
19. **Medowikow P. S.** Die prognostische Bedeutung der Pirquetschen Reaktion bei Kindern. Russisch Tuberkuljes, 1913, H. 5 bis 6.
20. **Peterka.** Über die Rezidive bei der chirurgischen Tuberkulose. Beiträge zur klin. Chir., Bd. LXXXI.
21. **Peters.** Über den Einfluß der verschiedenen Grade der erblich tuberkulösen Belastung. Auf die allgemeine Körperbeschaffenheit der Volksschulkinder. Med. Klinik, 1913, Nr. 20.
22. **Römer P.** Kritisches und Antikritisches zur Lehre von der Phthiseogenese. Beitrag zur Klinik von Tuberkulose, 1912, Bd. XXII, H. 3.
23. **Williams W. C.** The normal u. adventilians danger periods for pulmonary disease in children. Arch. of Pediatr., August 1913.

C. Kasuistik und pathologische Anatomie.

Ghon und Roman (3) studierten die Frage der lymphogenen Propagation des tuberkulösen Prozesses vom primären Lungenherde aus und die Frage der Beziehungen des primären Lungenherdes zu anderen tuberkulösen Veränderungen im Körper und dieser zueinander. Sie sind zu folgenden Ergebnissen gekommen:

Der Weg, den das tuberkulöse Virus vom primären Lungenherde zunächst einschlägt, ist anatomisch zweifellos ein lymphogener und folgt der lymphogenen Abflußbahn im Gebiete des Truncus bronchomediastinalis.

Der tuberkulöse Prozeß breitet sich im lymphogenen Abflußgebiete bis zum Venenwinkel der Seite aus, wo der primäre Lungenherd sitzt, er kreuzt bei seiner Ausbreitung die Mitte in der Höhe der tracheobronchialen oder paratrachealen Lymphknoten und zieht auf der anderen Seite zum Venenwinkel weiter, ferner breitet er sich zunächst auf der Seite des primären Lungenherdes bis zu den Lymphknoten im Anonymawinkel aus, kreuzt hier die Mitte und zieht von da auf der anderen Seite zum Venenwinkel weiter; endlich breitet sich der tuberkulöse Prozeß auf der Seite des Lungenherdes, anscheinend manchmal auch nach der Kreuzung der Mitte in der Höhe der Bifurkation auf beiden Seiten zu den Lymphknoten im Anonymawinkel aus und zieht von hier zu beiden Venenwinkeln.

In keinem der angeführten Fälle war der tuberkulöse Prozeß von den retromediastinalen Lymphknoten zu den Lungen auf-

gestiegen. Die Tuberkulose der Lymphknoten des Mesenteriums und Mesokolons war ausnahmslos eine lymphogene und immer abhängig von vorhandenen tuberkulösen Veränderungen im tributären Quellgebiete des Darmtraktes. In der Mehrzahl der Fälle von Kindertuberkulosen mit sekundären Veränderungen des Darmtraktes nehmen sie für diese Veränderungen die Entstehung durch Deglutition als die gewöhnliche an. In keinem Falle fanden sie primäre Erkrankung der Rachentonsille. Was die tuberkulösen Veränderungen in den Lymphknoten der Hals- und Kopfregion und ihrem Quellgebiete sowie ihre Beziehungen zum primären Lungenherde und den davon abhängigen Veränderungen im lymphogenen Abflußgebiete der Lungen anlangt, so fanden sie zunächst unter Berücksichtigung des pathologisch-anatomischen Standpunktes, daß keiner der Fälle in dieser Körpergegend Veränderungen gezeigt hatte, die älter waren als die des primären Lungenherdes. Ihre Befunde erscheinen nicht geeignet, der hämatogenen Genese auch für dieses Lymphknotengebiet eine größere Bedeutung einzuräumen. Durch ihre Untersuchungen haben sie auch die Bedeutung der Tuberkulide für die tuberkulösen Veränderungen der peripheren Lymphknoten erkannt.

H. Koch (33) untersucht die Entstehungsbedingungen der Meningitistuberkulose an 306 Fällen aus Wiener Kliniken der Jahre 1903/1911. Aus den Ergebnissen sei hervorgehoben: die ersten vier Lebensjahre sind stark bevorzugt (68% aller Fälle im Alter bis zu 4 Jahren). Die Ernährung an der Mutterbrust schützt nicht vor Meningitis tuberculosa. Von 305 Fällen hatten 129 vorher Masern durchgemacht (60 innerhalb des letzten Jahres, 21 in den letzten 4 Monaten). Ausgangspunkt war fast immer ein älterer noch aktiver Lungenherd mit entsprechender Drüsenveränderung. Nur in zwei Fällen fanden sich keine aktiven, sondern nur verkalkte Herde.

Artamonoff (24) fand unter 281 Kindern, die an Meningitistuberkulose gestorben waren, 210mal Miterkrankung der Brustorgane (Lunge, Pleura, Bronchialdrüsen). Das Hauptkontingent stellten Kinder im Alter von 1 bis 9 Jahren.

Reichmann und Rauch (35) berichten über 2 geheilte Fälle von Meningitistuberkulose an der medizinischen Klinik in Jena.

Vasilin (37) beschreibt 3 Fälle von syphilitischer Meninigitis, die durch Quecksilber geheilt wurden, und verlangt diese Behandlung bei jeder Meningitis, da sie auch bei Tuberkulose nicht schaden könne.

F. Fano (28) beschreibt einen Fall von doppelseitiger Hodentuberkulose mit gleichzeitiger Spina ventosa und fungus genus bei einem 3jährigen Kinde.

Ferroni (29) beobachtete 2 Fälle von Tuberkulose des Uterus, die sich durch hartnäckige Metrorrhagien bemerkbar machten und nach Auskratzung erkannt wurden, bei 12- respektive 14jährigen Mädchen.

W. L. Bogdanow (25) fand bei 50 Sektionen kindlicher Miliartuberkulose nur 1mal makroskopische, dagegen 21mal = 42% mikroskopische tuberkulöse Erkrankung der Nebennieren.

F. Langmead (34) veröffentlicht einen Fall von Addison infolge Tuberkulose der Nebenniere bei einem 10jährigen Knaben.

S. Cannata (26) sezierte einen Fall von spastischer Hemiplegie, bei dem man eine Gefäßschädigung angenommen hatte, da für einen Tumor keine Anhaltspunkte, weder Hirndruckerscheinungen noch Stauungspapille, vorhanden waren und fand einen Solitartuberkel im Corpus striatum.

Hanna Hirschberg (32) fand bei Untersuchung des Blutbildes von 50 kindlichen Tuberkulosen bei prognostisch günstigen Fällen jeglicher Form Neigung zur Lymphozytose, zuweilen auch zu Eosinophilie. Tuberkulininjektionen beeinflußten das Blutbild immer, jedoch nicht in gesetzmäßiger Weise.

Häcker (60) zeigt einen Fall von Durchbruch einer erweichten tuberkulösen Bronchialdrüse einerseits in den Ösophagus, anderseits in eine tuberkulöse Kaverne des rechten Unterlappens.

Vogel (38) beobachtet eine marantische Thrombose der unteren Hohlvene im Anschluß an Darmtuberkulose.

J. Cassel (27) bespricht 6 Fälle von Säuglingstuberkulose.

M. Zarfl (39) bespricht einen Fall von angeborener Tuberkulose. Pirquetreaktion am 17. Tage deutlich positiv, von da ab allmählich abnehmend, Exitus am 52. Tage. Miliartuberkulose aller Organe, am stärksten der Bauchorgane, speziell der Drüsen der Leberpforte.

Bei einem 3 Wochen alten Kinde, dessen Mutter 1 Woche post part. an Phthise starb und das dann von tuberkulösen Frauen gepflegt wurde, fand er einen primären Ansteckungsherd im linken Lungenoberlappen in Form einer käsigen tuberkulösen (ziehlfärbigen) Bronchopneumonie ohne irgend welche sonstige tuberkulöse Erkrankung der Drüsen oder sonst im Körper.

Repaci (36 a) fand bei einem am 39. Tage nach der Geburt gestorbenen Säugling ausgedehnte Miliartuberkulose aller Organe und nimmt dafür kongenitale Infektion in Anspruch.

Harbitz (31) beobachtete einen Fall von intrauteriner Infektion mit Tuberkulose (ausgedehnte tuberkulöse Veränderungen bei einem am 25. Lebenstage an Lungenaffektion gestorbenen Kinde).

Hochsinger (32 b) weist darauf hin, daß die Skrofulose in ihrer charakteristischen Ausbildung (chronischer Schnupfen, geschwollene Oberlippe, Impetigo, Schleimhautkatarrh und Conjunctivitis exzematosa mit Phlyktänen) eine Krankheit der hygienischen Verwahrlosung und daher vorzugsweise des Pauperismus ist. Er faßt die Skrofulose als einen Krankheitszustand des Kindesalters auf, der in vielen aber nicht allen Fällen ein Vorstadium von Oberflächentuberkulose (Haut, Lymphknoten und Bewegungsapparat) sei. Die entzündlichen Veränderungen seien der Ausdruck einer abnorm heftigen Reaktion der durch frühzeitige tuberkulöse Infektion (!) und hygienische Verwahrlosung widerstandslos gemachten Gewebe auf verschiedenartige pathologische Reize (Kokzidien bei Pedikulosis, Staphylokokken). Skrofulose sei demnach eine Art Paratuberculosis praecox früh infizierter Kinder. Exsudative Diathese plus früh-

zeitige Tuberkuloseinfektion ohne hygienische Verwahrlosung führe nicht zur Skrofulose. Wohl aber könne kongenitale Minderwertigkeit bei hygienischer Verwahrlosung, speziell Pediculosis, auch ohne tuberkulöse Infektion zum Bilde der Skrofulose einschließlich der Phlyktänen führen.

Moro (Dissert., Bemerkung) berichtet über eine Infektion der Haut mit Tuberkelbazillen bei einem Trauma (Spucknapf eines Phthisikers) mit 14tägiger Inkubationszeit.

Sonnenberger (87) teilt zwei sehr interessante Fälle mit, in denen die Inkubation mit Tuberkulose im frühen Kindesalter beobachtet werden konnte. Einmal stellte sich bei einem bis dahin kerngesunden $^3/_4$jährigen Kinde 10 Tage nach dem nahen Verkehr mit einer hochgradig tuberkulösen Verwandten eine akute Miliartuberkulose ein. Das andere Mal erlag ein gesundes $^1/_2$jähriges Kind einer tuberkulösen Meningitis mit zirka 14tägiger Inkubation nach der Pflege durch ein phthisisches Dienstmädchen.

24. **Astamonoff.** Über die Verbreitung des tuberkulösen Prozesses auf die Gehirnhäute auf Grund von pathologisch-anatomischen Befunden bei Sektionen von Kindern, die im Laufe der letzten 25 Jahre an tuberkulöser Meningitis gestorben sind. Medizinskoje Obosreniji, 1913, Nr. 4.

25. **Bogdanow N. L.** Pathologisch-anatomische Veränderungen in den Nebennieren von Kindern bei Miliartuberkulose. Dissert., St. Petersburg, 1912.

26. **Cannata S.** Über 3 Fälle infantiler spastischer Hemiplegie tuberkulöser Natur. Gazz. intern. di Med. Chir., 1913, Nr. 2.

27. **Cassel J.** Klinischer Beitrag für Säuglingstuberkulose. Arch. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LX/LXI.

28. **Fano F.** Genitaltuberkulose bei einem Kinde von 3 Jahren. La clin. chir., 1912, Nr. 8.

29. **Ferroni.** Metrorrhagie bei Mädchen infolge Uterustuberkulose. Gynäkologische Gesellschaft der Provinzen Emilia Marca. 29. Juni 1913.

30. **Häcker.** Münchener Gesellschaft für Kinderheilk., März 1913.

31. **Harbitz.** Über angeborene Tuberkulose. Münchener med. Wochenschr., 1913.

32. **Hirschberg H.** Über das Verhalten der weißen Blutkörperchen bei kindlicher Tuberkulose. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1912.

32 b. **Hochsinger K.** Was ist Skrofulose? Zeitschr. f. Kinderheilkunde, 1912.

33. **Koch H.** Die Entstehungsbedingungen der Meningitistuberkulose. Zentralbl. f. Kinderheilk., 1913, Bd. V.

34. **Langmead C.** A case of Addisons disease in a boy apest 10 jaars. Lancet 1913.

35. **Reichmann** und **Rauch.** Zwei geheilte Fälle von Meningitis tuberculosa. Aus der medizinischen Klinik zu Jena. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. XIV, S. 30 bis 32.

36 a. **Repaci.** Ein Fall von Miliartuberkulose bei einem am 39. Tage nach der Geburt gestorbenen Kinde. Italienische pädiatrische Gesellschaft. Lombardische Sektion, 26. Jänner 1913.

36 b. **Schelble H.** Zur Pathologie der Kindertuberkulose. Versammlung der Gesellschaft deutscher Ärzte in Münster i. W., 1912.

37. **Vasilin.** 3 cas de méningite chez des enfants simulant la méningite tuberculose gueris par le traitement specifique. L'indep. med., 16. 1912, Bd. XVI, Nr. 1.

38. **Vogel.** Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde, 1912, April.

39. **Zarfl M.** Zur Kenntnis der angeborenen Tuberkulose. Zeitschrift f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII.
40. **Derselbe.** Zur Kenntnis des premieren tuberkulösen Lungenherdes. Zentralbl. f. Kinderheilk., 1913, Bd. V.

D. Infektionswege.

Der alte Streit über die Rolle des Typus bovinus bei der Infektion von Kindern geht weiter.

Harold J. Stiles (51) gibt an, daß in den Kinderhospitälern in Schottland bei 25% der Kinder mit Tuberkulose die Infektion auf dem Verdauungswege stattgefunden hat. Bei 70 Fällen chirurgischer Tuberkulose sei in 41 Fällen der bovine Typus nachgewiesen.

Mc Neil (48) hebt das stärkere Auftreten der Abdominaltuberkulose in Edinbourgh verglichen mit Wien hervor und erklärt dies auch durch infizierte Milch.

A. F. Mitchell (47) fand in Edinbourgh bei 72 Fällen von Zervikaldrüsentuberkulose in 65 Fällen den bovinen Typus. Demgegenüber weist C. v. Pirquet darauf hin, daß sowohl die pathologischen als auch die bakteriologischen Befunde in Österreich und Deutschland vollkommen verschieden sind von den Angaben Stiles und findet es auffällig, daß Mitchell in allen Fällen die Unterscheidung zwischen humanen und bovinen Bazillen ohne jede Schwierigkeit treffen konnte.

E. Ungermann (53) berichtet aus dem kaiserlichen Gesundheitsamt über 687 Personen, worunter 280 Kinder die Milch von Kühen mit Eutertuberkulose getrunken haben. Nur in 2 Fällen konnte Infektion mit Typus bovinus nachgewiesen werden, in 14 Fällen besteht der Verdacht, die anderen sind gesund.

Hedrén (45) fand bei 47 Sektionen tuberkulöser Kinder unter 1 Jahre in sämtlichen Fällen Bronchialdrüsentuberkulose, in der Hälfte der Fälle aber keine Darm- und Mesenterialdrüsentuberkulose. Eine isolierte Tuberkulose des Verdauungstraktes war nicht nachzuweisen.

Kurashige (46), Meyeyama, Jamada konnten bei 17 von 20 tuberkulösen Frauen Tuberkelbazillen in der Milch nachweisen, bei 2 Nichttuberkulösen dagegen nicht.

C. Cattaneo (43) sucht die Frage nach der Infektion mit Rindertuberkulose in der Kindheit durch gleichzeitige Kutireaktion mit menschlichem und mit Rindertuberkulin zu klären. Er findet bei 17 Fällen chirurgischer Tuberkulose ein Vorwiegen der Reaktion auf Rindertuberkulin, bei 45 Fällen von innerer Tuberkulose 9mal stärkere, 7mal ausschließliche Reaktion auf Rindertuberkulin.

Büch (42) fand, daß intrakutane und kutane Applikation von Bovotuberkulin bei Kindern mit chirurgischer Tuberkulose ungefähr in derselben Ausdehnung positive Reaktion gab, wie Alttuberkulin, in der Hälfte der Fälle jedoch schwächere. In keinem Falle fand er positive Reaktion auf Bovotuberkulin, wo Alttuberkulin

eine negative gab. In demselben Sinne sind auch die Untersuchungen von Schelble (36 b) ausgefallen.

Silvan (50) hält auf Grund zahlreicher Untersuchungen von Gaumentonsillen von Kindern die Tonsillen für durchaus beachtenswerte Eintrittspforten des Tuberkelbazillus.

Trautmann (52) beschreibt einen Fall, wo bei einem lungengesunden Kinde ein Halslymphknotenabszeß erst zur Ausheilung kam, nachdem die korrespondierende Tonsille total exstirpiert worden war.

H. Beitzke (41) suchte festzustellen, ob beim Menschen im Latenzstadium der Tuberkulose eine hämatogene Verschleppung der Bazillen stattfände, wie es für das Meerschweinchen bereits nachgewiesen ist. Er untersuchte die Lymphknoten von 27 Kindern, bei deren Sektion sich keine Spur von aktiver Tuberkulose gefunden hatte im Tierexperimente auf Tuberkulose. Er fand 9mal Tuberkelbazillen, davon 8mal in den Bronchial- oder Mesenterialdrüsen, 1mal in den Axillardrüsen. Es ergab sich also nur 1mal die Möglichkeit einer hämatogenen Verschleppung.

41. **Beitzke H.** Untersuchungen über die Infektionswege der Tuberkulose. Virchows Archiv, S. 210.

42. **Buch A.** Klinische Untersuchungen über Bovotuberkulin als Diagnostikum bei chirurgischer Tuberkulose. Hospitalstidende, 1913.

43. **Cattaneo C.** Untersuchungen über die Reaktionen auf humanes und bovines Tuberkulin in der Kindheit. Zeitschr. f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. VI.

44. **Cozzolino O.** Zur Frage: Stillen bei Muttertuberkulose. Archiv f. Kinderheilk., 1913, Bd. LX/LXI.

45. **Hedrén.** Pathologische Anatomie und Infektionsweise der Tuberkulose des Kindes, besonders der Säuglinge. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., Bd. LXXIII, H. 2.

46. **Kurashige.** Ausscheidung des Tuberkelbazillus aus der Milch tuberkulöser Frauen. Zeitschr. f. Tuberkulose, 1912, Bd. XVIII, Heft 5.

47. **Mitchell A. F.** 17. Internationaler medizinischer Kongreß in London, 1913.

48. **Neil C.** Tuberculosis infancy und childhood. Brit. med. Journ., April 1913.

49. **Sheridan Delepine.** A probable effect of control of milk supply upon infantily mortality from tuberculosis. Lancet 1912.

50. **Silvan.** Die Tonsillen als Eintrittspforten des Tuberkelbazillus. 1911, Morgagni.

51. **Stiles H. J.** Edinburgh. 17. Internationaler medizinischer Kongreß in London, 1913.

52. **Trautmann.** Über Halslymphdrüsentuberkulose in ihrer Beziehung zu den Tonsillen und zur Lunge. Münchener med. Wochenschrift, 1913.

53. **Ungermann E.** Welche Gefahren drohen dem Menschen durch den Genuß von Milch, Milchproduktion eutertuberkulöser Kühe? Tuberkulose-Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamt, 1912, Heft 12.

E. Bakteriologisches und Serologisches.

H. Aronson (55) kommt auf Grund serologischer Arbeiten zu dem Schlusse, daß bei der Wirkung des Tuberkulins auf den

Menschen sicher keine Blutantikörper beteiligt sind. Er nimmt an, daß es sich bei der Tuberkulinwirkung um eine Schädigung der in allen tuberkulösen Herden zahlreich ausgewanderten besonders vulnerablen Leukozyten handelt. Das Zugrundegehen der Leukozyten führt zu den fieberhaften Allgemeinreaktionen. Der größte Teil der Tuberkulinwirkung ist nach Aronson nicht spezifisch; auch die Lokalreaktion des tuberkulösen Herdes sei nicht beweisend für spezifische Reaktion. Dagegen beruhe die starke Hautreaktion auf nur im Tuberkulosebazillus enthaltenen Körpern.

G. Bessau (58) spricht sich auf Grund von Intrakutanimpfungsversuchen, mittels welcher er Tuberkulin- und einfache Serumüberempfindlichkeit miteinander vergleicht, gegen die Annahme von Antikörpern bei der Tuberkulinüberempfindlichkeit aus. Ferner zeigt er, daß man mittels einer Tuberkulinkur, die eine Unempfindlichkeit gegen Tuberkulose hervorrufe, gleichzeitig eine bestehende Überempfindlichkeit gegen Serum zum Schwinden bringen kann und spricht deshalb die durch solche Tuberkulinkuren erzielte Unempfindlichkeit gegen Tuberkulin als spezifische Antianaphylaxie an.

Tezner (67) impfte Kinder gleichzeitig mit Tuberkulin und 1. Colitoxin, 2. Wittepepton, 3. Choleravakzin. Er fand, daß Allergie gegen Kolitoxin und Tuberkulin gleichsinnig vorhanden sind, speziell daß bei positivem Pirquet auch fast immer positive Colireaktion erzielt wurde. Auf Wittepepton reagierten zahlreiche Kinder negativ, positiv nur solche mit positivem Pirquet. Er schließt daraus, daß die Pirquetsche Reaktion keine streng spezifische sei, sondern nur der Ausdruck einer allgemeinen Allergie gegen Bakterienprotein, speziell der Bakterien, mit denen der Körper schon infiziert wurde.

M. Kasahara (63) untersuchte die Histologie einiger Papeln, die als Reaktion auf Kutanimpfung teils nach v. Pirquet mit Alttuberkulin, teils mit Diphtherietoxin, teils mit 10% Atoxillösung entstanden waren. Er findet für die Tuberkulinpapel spezifisch Langhanssche Riesenzellen und Lymphozyteninfiltration um die Gefäße; für die Diphtherietoxinpapel Verdickung der Gefäßintima und fibrinöse Entzündung der Gefäße; für die Atoxylpapel einfache Entzündungserscheinungen der Subkutis. Danach wäre die Kutanreaktion nach v. Pirquet doch als spezifisch und nicht als Ausdruck einer allgemeinen Allergie anzusehen.

W. I. Moltschanoff (65) findet bei Masernkranken während der Exanthemperiode in 100% völligen Verlust der Empfindlichkeit gegenüber Tuberkulin; mit dem Abblassen des Ausschlages kommt die Empfindlichkeit schnell zurück. Bei Scharlachkranken fand er bei 20 in 17 Fällen völlige Unempfindlichkeit, 3mal eine Abschwächung der Reaktion. Bei 16 Diphtheriefällen nur 2mal völlige Unempfindlichkeit. Die Serumkrankheit wirkt bei ausgedehntem Ausschlage abschwächend auf die Reaktion. Er bezieht den Einfluß der Exantheme auf den Ausfall der Pirquetreaktion auf die dabei statthabenden Veränderungen der Haut.

Woodhead (69) gibt als Ergebnis der dahin gerichteten Untersuchungen der British Royal-Kommission an: Der Menschen- und Rindertypus ist morphologisch nicht zu unterscheiden; er unterscheidet sich aber in der Kultur und in pathogenen Eigenschaften. Der einzige Unterschied in der Kultur ist das schnellere Wachstum des Menschenbazillus.

Die im kaiserlichen Gesundheitsamte von Neufeld, Dold und Lindemann (60) angestellte Nachprüfung der Eberschen Versuche (Umwandlung des Typus humanus mittels Meerschweinchenpassage im Rinde in den Typus bovinus) konnte dieses Ergebnis nicht bestätigen. Wahrscheinlich habe das Ebersche Ausgangsmaterial beide Typen enthalten.

A. Weber und K. Steffenhagen (68) berichten über 5 Fälle von sicherer Infektion mit Typus bovinus, die durch Jahre hindurch beobachtet wurden und noch beobachtet werden. Auch in dem ältesten Fall (10½ Jahre) ist der Typus bovinus erhalten geblieben, nur die Virulenz hat in ab- und aufsteigender Kurve geschwankt.

Dammann und Lydia Rabinowitsch (59) fanden unter 60 vom Menschen stammenden Tuberkelbazillenstämmen 7mal Bovinus.

Besche (57) stellte bei 134 Obduktionen von Kindern von 1 Monate bis 15 Jahren bei 52 durch Tierversuch Tuberkulose fest. Nur 3mal fand sich der Typus bovinus.

L. Findlay (61) machte Inhalations- und Fütterungsversuche an Kaninchen mit Typus humanus und Typus bovinus. Es gelang leicht bei beiden Typen durch Inhalation ausgedehnte Tuberkulose der Lunge zu erzielen. Bei Fütterungen mit Typus humanus gelang es nicht, mit Typus bovinus schwer, eine Infektion zu erzeugen. Wurde Typus bovinus in Gelatinekapseln eingeschlossen den Kaninchen durch Sonde in den Magen eingeführt und so eine Inhalation vermeintlich vermieden und Emulsionen einerseits der Lungen, anderseits der Mesenterialdrüsen Tieren intraperitoneal eingespritzt, so gelang es mit Lungenemulsion nicht, mit Mesenterialdrüsenemulsion dagegen in einigen Fällen, tuberkulöse Peritonitis zu erzeugen. In diesen Fällen war die Erkrankung des Peritoneums außerordentlich leicht, während ein Kaninchen primär mit sehr kleiner Menge Typus bovinus intraperitoneal injiziert in 3 Tagen zugrunde ging. L. Findlay schließt daraus, daß Tuberkelbazillen auf dem Wege durch den Verdauungskanal und durch dessen Wand stark an Virulenz verlieren und zieht diese Annahme zur Erklärung der relativen Gutartigkeit (?) primärer Abdominaltuberkulose heran.

Belenky-Raskin (56) fand bei 100 Fällen von Phlyktänen der Berner Klinik in 92% positiven Pirquet. Die übrigen 8% legt der Verf. trotzdem einer bestehenden Tuberkulose zur Last, für die zurzeit klinische Anhaltspunkte nicht vorhanden waren. Ob einmal oder mehrfach pirquetisiert wurde, wird nicht gesagt.

V. Frapate (62) gelang es nicht, im Reticulum von Lumbalpunktaten tuberkulöser Meningitiden Tuberkelbazillen nachzuweisen, falls das Retikulum sich bei Temperatur von 10 bis 16° gebildet

hatte, sehr oft dagegen, wenn das Punktat mehrere Tage bei 37° gestanden hatte.

Sturm (66) konnte bei 50 Tuberkulösen ohne Miliartuberkulose mit Ziehlfärbung in 22%, mit Gram-Muchfärbung in 42% säurefeste Bazillen im Blut nachweisen, die durch positiven Tierversuch als Tuberkelbazillen angesprochen werden. Kontrollversuche mit 10 Nichttuberkulösen fielen negativ aus.

Klara Kennerknecht (64) fand nach der modifizierten Schnitterschen Methode im Blute von 120 Kindern im ganzen bei 190 Kindern säurefeste Bazillen im Blute, die sie als Tuberkelbazillen anspricht. Ihre positiven Befunde in 44% bei tuberkulosefreien Kindern beweisen ihren Irrtum und die Wertlosigkeit der Methode.

Von den zahlreichen Arbeiten über das Vorkommen säurefester Bazillen im kreisenden Blute sei die Arbeit Maria de Amicis hervorgehoben. De Amicis prüfte die Methode von Stäubli und Schnitter und fand wie zahlreiche deutsche und japanische Autoren nach dieser Methode bei sehr vielen Tuberkulösen und Nichttuberkulösen säurefeste Stäbchen im Blute. Als er dann den biologischen Meerschweinchenversuch hervorzog, erkrankte keines der geimpften Tiere an Tuberkulose. Zu ganz ähnlichen Resultaten gelangten auch andere Autoren. Bacmeister und Ruben, Schelble (36 b) u. a.

Es handelt sich bei den säurefesten Stäbchen von Stäubli und Schnitter entweder um Kunstprodukte oder um Wasserbakterien.

54. **Amicis M.** Beobachtungen über das Vorkommen der Tuberkelbazillen im kreisenden Blut. Kongreß für allgemeine Pathologie zu Pisa, 27. März 1913.

55. **Aronson H.** Studien über Tuberkulin. Archiv f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. LX/LXI.

56. **Belenky-Raskin.** Zur Ätiologie der phlyktäulären Augenentzündungen. Zeitschr. f. Augenheilk., Juni 1913.

57. **Besche.** Untersuchungen über die tuberkulöse Infektion im Kindesalter. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 10.

58. **Bessau G.** Experimentell-klinische Tuberkulinstudien. Verhandlungen der Gesellschaft f. Kinderheilk. in Münster i. W., 1912.

59. **Dammann** und **Lydia Rabinowitsch.** Über die Häufigkeit des Vorkommens von Rindentuberkelbazillen beim Menschen. Zeitschrift f. Tuberkulose, 1912, Bd. XXI, H. 1.

60. **Neufeld, Dold** und **Lindemann.** Über den Stand der Typenfrage der Tuberkelbazillen. Naturwissenschaftlicher medizinischer Verein zu Straßburg, 1912.

61. **Findlay L.** Die Eingangspforte der Tuberkulosebazillen. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VII.

62. **Frapate V.** Die Untersuchung auf Tuberkelbazillen im Liquor cerebro spinalis bei an Meningitis tuberculose leidenden Kindern. Riv. di Clin. Pediatr., 1912, Bd. X.

63. **Kasahara M.** Zur Frage der Spezivität der kutanen Tuberkulosereaktion nach v. Pirquet. Zentralbl. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX.

64. **Kennerknecht K.** Über das Vorkommen von Tuberkelbazillen im strömenden Blut bei Kindern. Beitrag zur Klinik der Tuberkulose, 1912, Bd. XXIII.

65. **Moltschanoff.** Beobachtungen über v. Pirquets Tuberkulinreaktion bei akuten Infektionskrankheiten bei Kindern. Jahrb. f. Kinderheilk., 1912, Bd. LXXV.

66. **Sturm.** Tuberkelbazillen im Blut von Tuberkulösen. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 1912, Bd. XXI, Heft 2.

67. **Tezner E.** Über die Spezivität der Pirquetschen Reaktion. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1912.

68. **Weber A., Steffenhagen K.** Was wird aus den mit Perlsucht infizierten Kindern und welche Veränderungen erleiden Perlsuchtbazillen bei jahrelangem Aufenthalte im menschlichen Körper? Tuberkulose Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte, 1912, H. 11.

69. **Woodhead S.** The relations betwan the bacilli found in Tuberculosis of the human and bovine species respectively. Zeitschrift f. Tuberkulose, Bd. XIX, Heft 1.

F. Diagnose.

Tuberkulindiagnostik.

N. Stricker (88) gibt eine Übersicht über 52 in der Straßburger Kinderklinik mit Tuberkulin injizierte Fälle. Sie kommt nach sehr eingehender Besprechung der gesamten einschlägigen Literatur zum Resultat, daß ein Schluß auf die Aktivität oder Inaktivität des tuberkulösen Prozesses aus dem Ausfall der Reaktion nicht zu gewinnen sei. Ferner daß bei Beurteilung von Allgemeinreaktionen und Herdreaktionen größte Skepsis am Platze ist. Die Neigung besonders exsudativer Kinder, auf geringfügige Ursachen mit plötzlichen Fieberanstiegen zu antworten, und der schnelle Wechsel der Intensität der Symptome bei allen Lungenkranken sind sehr in Betracht zu ziehen.

H. Rozenblatt (83) bestätigt, daß die einmal angestellte Pirquetreaktion in vielen Fällen unzuverlässig ist, da sie oft negativ ausfällt dort, wo die folgende Intrakutanimpfung noch positive Reaktion erzielt. Nach seinen Erfahrungen hat es keinen Zweck, bei dieser mehr als 0·1 mg Alttuberkulin zu spritzen. Die quantitativen Intrakutanproben sind für die Beurteilung verschiedener Formen und Stadien der Tuberkulose nicht verwertbar. Ebensowenig kann man in dieser Hinsicht ein Urteil gewinnen aus dem Verlauf der Sensibilisierung respektive der Angewöhnung dem kutan applizierten Tuberkulin gegenüber.

Cozzolino (70 b) weist darauf hin, daß man weder röntgenologisch noch durch die lokale Tuberkulinreaktion eine sichere Unterscheidung zwischen einer monatelang bestehenden chronischen Pneumonie und einer tracheo-bronchialen Tuberkulose treffen könne.

Gustav Tugendreich (89) findet, daß die auf Pirquet positiv reagierenden Säuglinge etwa in $^1/_2$ bis $^1/_3$ der Fälle bereits im ersten Lebensjahre zugrunde gehen. Er hat nicht den Eindruck, daß die Infektion mit Tuberkulose eine erhöhte Bereitschaft und Letalität für Masern und Scharlach verursacht. Vielleicht ist das aber für Diphtherie der Fall.

Medowikow glaubt auf Grund von Nachuntersuchungen bei 45 von ihm vor 5 Jahren pirquetisierten Kindern sagen zu dürfen,

daß ein positiver Pirquet bei einem Kinde von unter 3 Jahren prognostisch ungünstig, von über 3 Jahren prognostisch meist günstig zu bewerten sei.

Röntgendiagnostik.

Rach (80) untersucht 2 Fälle kindlicher Lungentuberkulose, die im Röntgenbilde einen mit der Basis dem Hilus aufsitzenden Schatten zeigten, anatomisch und fand, daß verkäste Hilusdrüsen, Schwellung und Verkäsung der rechtsseitigen paratrachealen Drüsen eine gegen den Lungenherd scharf abgegrenzte Verbreiterung des oberen Mittelschattens nach rechts machen. Ein primärer, klinisch sonst nicht nachweisbarer, weil zentral nahe des Hilus gelegener (Ghonscher) Lungenherd zeigte sich als scharf abgegrenzter isolierter bis bohnengroßer Schatten; bei gleichzeitigem positiven Pirquet und Nachweis von Schwellung der Bronchialdrüsen dürfe er als solcher diagnostiziert werden.

G. Simon (84) berichtet ebenfalls über 3 primäre chronische röntgenologisch nachgewiesene Lungenherde.

Sluka (85) betont die Wichtigkeit der Röntgendurchleuchtung und Photographie für die Frühdiagnose der kindlichen Lungentuberkulose. Es gelang ihm, oft zentral gelegene von lufthaltigem Gewebe umgebene, sonst nicht nachweisbare, klinisch sich aber sehr bemerkbar machende Herde auf diesem Wege nachzuweisen. Er hat im ganzen 38 Fälle von kindlicher Tuberkulose gesammelt, die nur im Röntgenbilde durch einen dem Hilus aufsitzenden dreieckigen Schatten diagnostizierbar waren.

Keiner (73) hat bei der Sektion von 6 Kindern, die im Röntgenbilde nicht pulsierende Schatten aufwiesen, welche dem Mittelschatten im Bereich des 1. und 2. Interkostalraumes auffassen, verkäste zum Teil verkalkte Paratracheal und Bronchotrachealdrüsen gefunden.

Neuhaus (77) findet, daß die Diagnose tuberkulöser Schwellung der Bronchialdrüsen durch Zeichnung der Gefäße, Bronchien, durch den Mittelschatten und die Thymus erschwert werde und daß jede akute Infektion der Drüsen ein Bild wie bei Tuberkulose hervorrufen könne. Nur die wiederholte Röntgenuntersuchung kann unter Berücksichtigung dieser Momente einen Beitrag zur Diagnose Tuberkulose der Bronchialdrüsen geben.

B. Reyher (81) fand bei 20 Kindern mit orthotischer Albuminurie gleichzeitig sichere Anzeichen für Bronchialdrüsentuberkulose (diagnostiziert aus Kombination, Temperaturmessungen, Röntgenbild). Da er früher schon fand, daß bei Knochengelenktuberkulosen die orthotische Albuminurie 5mal so häufig ist als bei Gesunden und nachdem Lüdke und Sturm bei 140 tuberkulösen Erwachsenen in 72% der Fälle im Stehen Eiweißausscheidung nachweisen und bei 4 von 10 nicht Eiweiß ausscheidenden Tuberkulösen nach Injektion kleinster Mengen von Tuberkulin Eiweißausscheidung im Stehen erzielen konnten, glaubt Reyher an nahe Beziehungen der Tuberkulose (und eventuell anderer chronisch wirkender toxischer Substanzen) zur orthotischen Albuminurie.

Zabel (90) benutzt als Mittel zur Diagnostik der Bronchialdrüsenschwellung die Spinalauskultation. Man läßt die Zahl 33 möglichst deutlich aussprechen. Beim normalen Kinde hört ein charakteristischer trachealer Beiklang in der Höhe des 7. Halswirbels plötzlich auf; setzt er sich nach unten, eventuell bis zum 5. Brustwirbel fort, so bestehen Bronchialdrüsenschwellungen. Die Spinalperkussion sei weniger sicher.

Andere Methoden.

D. Fränkel (71) fand bei 74% zahlreicher gesunder Kinder nach Bewegung eine Erhöhung der Rektaltemperatur über 38°.

Nach Rudolf Pollak (79) reagieren alle Fälle von Erythema nodosum auf Tuberkulin. Die Erkrankung komme im Kindesalter nur bei tuberkuloseinfizierten Individuen vor.

D. W. Parker und F. B. Lund (78) berichten über einige Fälle, in denen tuberkulöse Mesenterialdrüsen eine Appendizitis vortäuschent.

P. Lereboullet (75) weist darauf hin, daß eine chronische Appendizitis beim Kinde ebenso wie beim Erwachsenen eine echte Lungentuberkulose vortäuschen, eventuell zu dieser führen könne. (Abmagerung, Asthenie, Schmerzen im Thorax mit Dyspnöe, abendliches Fieber, Nachtschweiße, Husten und abgeschwächtes Atmen über der rechten Spitze.)

H. Koch (74) berichtet in einer Monographie über 305 Fälle von Meningitistuberkulose in Wien 1903 bis 1911 u. a., daß dabei die Pirquetreaktion im ganzen genommen in 74% positiv, in 21% negativ, in 5% unsicher war. In der vorletzten Woche a. c. war die Reaktion in 84% positiv, in der letzten 65% positiv. Nackenstarre fand sich in 90%. Kernig in 83%, Dermographie in 94% der Fälle. Fehldiagnosen wurden gestellt bei Gehirntumoren, Meningitis cerebrospinalis, Poliomyelitis anterior acurea, Oberlappenpneumonie, Magen- und Darmstörungen, Typhus, Otitis media und Scharlach und in einem Fall bei Rheumatismus der Nackenmuskulatur.

E. Mayerhofer und R. Neubauer (76) finden auf Grund von 182 Lumbalpunktionen und 581 Einzeltitrationen mit Permanganat bei 100 Fällen, daß eine tuberkulöse Meningitis ohne Erhöhung der Reduktionswerte des Liquor quoad Permanganat nicht existiert, wenn auch nicht überall aus erhöhten Reduktionswerten auf Meningitistuberkulose geschlossen werden kann. Sie halten dafür, daß die Permanganatmethode für die Zwecke der Klinik so rasch und sicher wie keine andere Methode uns Aufschluß gibt über Stoffwechselvorgänge im Zentralnervensystem.

Riva-Rocci (82) weist darauf hin, daß der Leib bei kindlicher Meningitistuberkulose auch aufgetrieben sein kann. Er glaubt, dies Verhalten werde wahrscheinlich durch eine akute leichte Peritonitistuberkulose verursacht.

70 a. **Bessau, Pringsheim** und **Schwenke.** Über den diagnostischen und prognostischen Wert der Wiederholung lokaler Tuberkulinreaktionen. 85. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, Wien 1913.

70 b. **Cozzolino.** Über einige diagnostisch-prognostische, die Kindertuberkulose betreffende Fragen. La Pediatria, 1912, Nr. 10.
71. **Fränkel D.** Über die normale Körpertemperatur des Kindes und ihr Verhalten bei Bewegung und Ruhe. Deutsche med. Wochenschrift, 1913.
72. **Hochsinger K.** Was ist Skrofulose? Zeitschr. f. Kinderheilkunde, 1912, Bd. IV.
73. **Keiner** (Straßburg). Zur Röntgendiagnostik der kindlichen Bronchialdrüsentuberkulose. Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Münster i. W., 1912.
74. **Koch H.** Über Meningitistuberkulose. Zeitschr. f. Kinderheilkunde, 1913.
75. **Lereboullet P.** Chronische Appendizitis und Tuberkulose beim Kinde. La Tuberculose dans la prat., 1913, Nr. 4.
76. **Mayerhofer E., Neubauer R.** Zentralblatt für Kinderheilkunde, 1912, Bd. III, über Meningitistuberkulose und Meningitis serosa.
77. **Neuhaus.** Beitrag zur Röntgendiagnostik der kindlichen Bronchialdrüsentuberkulose. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, Bd. XX, Heft 4.
78. **Parker D. W., Lund F. B.** Tuberculosemesenterie glants simulating appendicitis. Boston Med. Surg. Journ., Dezember 1912.
79 a. **Pollak R.** Erythema nodosum und Tuberkulose. Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 32.
79 b. **Derselbe.** Über Tuberkuloseimmunität. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, Wien 1913.
80. **Rach E.** Beiträge zur Röntgendiagnostik der Lungentuberkulose im Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII.
81. **Reyher P.** Über die Beziehungen der orthotischen Albuminurie zur Tuberkulose. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, Nr. 2.
82. **Riva-Rocci S.** Das Verhalten des Leibes bei der tuberkulösen Meningitis der Kinder. Gazz. med. Ital., 1911, Nr. 33.
83. **Rozenblatt H.** Beiträge zur Frage der kutanen Tuberkulinreaktion bei Kindern. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII.
84. **Simon G.** Über den röntgenologischen Nachweis des primären Lungenherdes bei der Bronchialdrüsentuberkulose. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 1913, Bd. XX.
85. **Sluka E.** Die Hilustuberkulose des Kindes im Röntgenbilde. Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 7.
86. **Derselbe.** Ein weiterer Beitrag zur Hilustuberkulose der Kinder im Röntgenbilde. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Nr. 7.
87. **Sonnenberger.** Zur Frage der Tuberkuloseempfänglichkeit im frühen Kindesalter. 19. Versammlung der Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte zu Frankfurt a. M., 1912.
88. **Stricker N.** Zur Tuberkulindiagnostik im Kindesalter. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XI.
89. **Tugendreich G.** Zur Prognose der Säuglingstuberkulose. Archiv f. Kinderheilk., 1913, Bd. LX/LXI.
90. **Zabel.** Bronchialdrüsendiagnostik aus der medizinischen Universitätsklinik Jena. Münchener med. Wochenschr., 1912.

G. Prophylaxe.

Karl v. Ruck (96) glaubt eine Schutzimpfung tuberkulosegefährdeter Kinder mit einem von ihm dargestellten Gemisch von 4 Eiweißfraktionen und des Fettbestandteiles des Tuberkelbazillus empfehlen zu können. Das Serum derart künstlich immunisierter Menschen zeigte in vitro sehr starke bakteriologische Antikörper.

C. A. Julian (92) berichtet über auffallend günstige Resultate der Vakzinationsmethode nach K. v. Ruck an einem großen Kindermaterial.

Bratz (91) weist auf die Gefahr der Ansteckung mit Tuberkulose im Hotelbetrieb hin. Er empfiehlt die Wäsche neben den Betten mit Laken zu verhängen, Entfernung der Teppiche und Formalindesinfektion.

E. W. Randnitz (94) berichtet über 3 Kinder, die nachweislich in der Sommerfrische mit Tuberkulose infiziert wurden.

H. Roeder (95) berichtet über die guten Erfahrungen, die er bei 500 Berliner Kindern machte, welche 6tägige Wanderungen ausführten (kontinuierliche Muskelarbeit, Milieuwechsel, psychische Anregung); bei vernünftigem Training Zunahme des Körpergewichtes durch Eiweißansatz um mehr als das, was ihnen an Gewicht vorher fehlte; Zunahme des Längenwachstums von 2 bis 6 cm (nach 2½ Monaten gemessen) und der Atmungsweite von 1 bis 3 cm (gleich nach Abschluß der Wanderung gemessen). Bei 150 gleichaltrigen Kindern, die nicht gewandert hatten, fehlen diese Zunahmen durchaus. Erfahrungen aus Walderholungsheimen, Seehospizen usw. sind seiner Ansicht nach nicht annähernd so günstig.

Er fordert Jugendwanderungen im großen Maßstabe für Knaben und Mädchen als wirksamstes Kampfmittel gegen die im Pubertätsalter ihren schwersten Angriff auf den Nachwuchs ausführende Tuberkulose, besonders im Hinblick auf Großstadtverhältnisse. Er hebt mit Recht die Notwendigkeit hervor, in dem Stadium die Entwicklung des Thoraxbaues zu beeinflussen, in welchem die Lungenspitzen über das Niveau der ersten Rippe emporsteigen und diese im eventuell Sternokostalgalenk fixiert wird.

Steinhaus (97) konnte die günstigen Erfahrungen Roeders bestätigen.

Nach Weinberg (56) ist es nötig, daß man sich von allen einseitigen Theorien frei zu halten sucht und daß man vor allem der Theorie von der Entstehung der Tuberkulose im frühen Kindesalter keinen allzu großen Einfluß auf die praktischen Maßnahmen verstattet und darüber etwa die gewerbehygienischen Maßregeln ins Hintertreffen geraten läßt. Denn die Quelle der Infektion des Kindes bleibt unter allen Umständen der Erwachsene und es ist daher in erster Linie dafür zu sorgen, daß möglichst wenige Erwachsene der Infektion zum Opfer fallen und damit auch für ihren Nachwuchs zu einer Gefahr werden.

Olympio Cozzolino schließt sich nach ausführlicher Literaturübersicht dem bekannten Stillverbot für tuberkulöse Mütter an.

Der 7. Internationale Tuberkulosekongreß in Rom, April 1912, nahm folgende Resolution (Kossel) an: Die wichtigste Aufgabe der Prophylaxe ist, die menschliche, hauptsächlich die familiäre Ansteckung zu bekämpfen. Die Ansteckung des Menschen durch den Bacillus bovinus ist zwar weniger häufig, trotzdem sind sämtliche prophylaktische Maßnahmen gegen die Infektion mit diesem aufrecht zu erhalten.

91. **Bratz.** Der Sommeraufenthalt der Kinder und die Tuberkulose. Die Hygiene, 1912.
92. **Julian C. A.** Über die Ergebnisse der Schutzimpfung gegen Tuberkulose. Zeitschr. f. Tuberkulose, Bd. XX, Heft 3.
93. **Kossel.** VII. Internationaler Tuberkulosekongreß in Rom. April 1912.
94. **Randnitz E. W.** Ein ernstes Wort an unsere Sommerfrische. Prager med. Wochenschr., 1913.
95. **Roeder H.** Muskelarbeit und Körperkonstitution. Ein Beitrag zur Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter. Archiv f. Kinderheilk., 1913, Bd. LX/LXI.
96. **Ruck K. v.** A practical methode of prophylactic imunisation against tuberculosis with special reference to its application in children. Report from the von Ruck laboratory for tuberculosis. 1912, Jänner Nr. 1.
97. **Steinhaus.** Untersuchungen über den Einfluß 6tägiger geschlossener Wanderungen an Dortmunder Volksschulkindern. Zentralblatt f. allgem. Gesundheitspflege, 1912.

H. Therapie.

1. Mit Tuberkulin.

Die Erfolge mit Tuberkulinbehandlung sind noch immer alles andere als eindeutig.

Auf der britischen Tuberkulosekonferenz in London war die Mehrzahl der einheimischen und auswärtigen Ärzte einig in der Einschätzung des Tuberkulins als wertvolles Unterstützungsmittel in der Behandlung der Tuberkulose, wenn es sorgfältig und mit Kenntnis angewendet wird.

D. Kurdjumow (112) hatte gute Erfolge mit der Behandlung von Kindern mit Koelschem Eudotin, was er statistisch durch Vergleiche mit früheren Jahren, wo nur medikamentös behandelt wurde, nachweist. Die Erfolge beziehen sich vor allem auf das Nachlassen des Fiebers.

Citron (101) plädierte für frühzeitige Behandlung mit Neutuberkulin B E bei Kindern beim ersten positiven Ausfall der Tuberkulinreaktion.

Johann Cronquist (102) berichtet über seine Erfahrungen bei der Behandlung von 102 tuberkulösen Kindern mit Injektion von Kochschem Alttuberkulin in ziemlich hohen Dosen. Anfangsdosis $^1/_{100}$ mg, Steigerung im Verhältnis 1—2—5—7—10, Enddosis bis zu 2 g, bei überempfindlichen Kindern (Skrofulose) mit $^1/_{10000}$ bis $^1/_{1000}$ mg anfangend. Bei Reaktion (Fieber oder schlechtes Befinden) Herabgehen auf $^1/_{10}$ der letzten Dosis. Freiluftbehandlung war in der kühlen Jahreszeit nicht möglich. 12 Kinder starben trotz Behandlung, teils an interkurrierenden Krankheiten, 4 verschlimmerten sich, 13 zwangen zum Abbruch wegen heftiger Reaktionen, über 6 fehlen die Angaben, die übrigen 67 waren bei der Entlassung als klinisch geheilt anzusehen. Einige Male wurde nicht nur Albuminurie, sondern wirkliche Nephritis mit Formelementen und herabgesetzter Harnmenge während der Kur beobachtet. Kontraindikationen sind Kavernen (jedoch nicht progrediente Lungentuberkulose),

Fieber außer Bett innerhalb der letzten 2 Wochen und Nierenreizung. Zur Herabsetzung der Temperatur wurde mit gutem Erfolg 10% Kreosotal in gelbem Lebertran gegeben. Von 48 vorher tuberkulinisierten, klinisch geheilten Kindern mit negativ gewordenem Pirquet haben 23 „nie" mehr auf Tuberkulin reagiert. Bei den übrigen 25 zeigte sich die Wiederkehr des positiven Pirquet spätestens innerhalb von 9 Monaten.

Willy Wolff (116) berichtet über 17 mit Alttuberkulininjektionen ambulant behandelte Kinder mit Skrofulose oder beginnender Tuberkulose. Was unter Skrofulose verstanden wird, ist nicht ersichtlich. Den veröffentlichten Krankengeschichten nach handelt es sich um exsudative Kinder mit positivem Pirquet, die noch lange nicht alle aktive Tuberkulose zu haben brauchten. Beginn der Behandlung mit $^1/_{10000}$ mg Steigerung, um je $^1/_{10000}$ bis zu $^1/_{1000}$, von da ab um je $^1/_{1000}$ mg bis zu $^1/_{100}$ mg, in einmal wöchentlichen Injektionen. Die Pirquetreaktion wurde fast immer beeinflußt, schwand völlig nur 3mal. Die klinischen Erfolge werden als vorwiegend günstig und gleichmäßig angegeben. Wolff kommt zu dem Schluß, daß der ambulanten Durchführung keine Schwierigkeiten entgegenstehen, daß bei vorsichtigem Vorgehen Schädigung ausgeschlossen ist, daß es aber fraglich ist, ob die Tuberkulinbehandlung anderen Behandlungsmethoden überlegen sei.

Herm. Wittich (115) hat 60 Kinder ambulant mit Alttuberkulininjektionen behandelt. Beginn mit $^1/_{1000}$ mg, langsame Steigerung, möglichste Vermeidung von Fieber und stürmischen Reaktionen. Die Einspritzungen 2mal wöchentlich. Als Material „Skrofulose" und beginnende Lungentuberkulose besonders der Bronchialdrüsen; offene Lungentuberkulose oder Knochentuberkulose wurde nicht behandelt. Die Erfolge werden als relativ gut bezeichnet und bestanden im Schwinden der „skrofulösen" Stigmata, Besserwerden des Appetits, Gewichtssteigerung, Schwinden des Hustens, der Durchfälle, der Schmerzen in der Brust, Nachlassen der Nachtschweiße. Ein positiver Pirquet wurde oft negativ, oft abgeschwächt und wiederholt nicht beeinflußt. Wittich berichtet nur über 3 Mißerfolge bei schwer erkrankten Kindern und empfiehlt eine poliklinische Behandlung der „Skrofulose" und beginnender Tuberkulose der Kinder mit kleinen langsam steigenden Dosen.

O. Röpke (114) hält sich auch diesmal für berechtigt, dem praktischen Arzte die ambulante Tuberkulosetherapie zur Pflicht zu machen. Er bezieht sich dabei auf die in letzter Zeit veröffentlichten Erfahrungen.

Genau zum entgegengesetzten Resultat, d. h. zur Forderung, die ambulatorische Behandlung mittels Tuberkulin zu unterlassen, kommt ebenfalls unter Zuhilfenahme der Literatur L. Renan (113).

Junker (107) warnt vor Tuberkulin, wegen unvermittelt heftiger Reaktionen auch bei vorsichtiger Dosierung und schiebt die Schuld auf Unkontrollierbarkeit des Präparates.

J. Bungart (100) fand Erfolge von Tuberkulinbehandlung bei Knochentuberkulose nur dann, wenn es noch zu schwerem Ge-

webszerfall gekommen war. Auch gegen Übergreifen tuberkulöser Prozesse auf die Umgebung gewährt Tuberkulin keinen Schutz. Er empfiehlt es zur Hebung des Allgemeinbefindens und zur günstigen Beeinflussung der Temperatur. Der Sahlischen Methode gibt er den Vorzug.

Ad. Fuchs und Rud. Neubauer (105) machten mit raschem Anstieg zu sehr hohen Tuberkulindosen keine guten Erfahrungen, bessere mit einer sehr vorsichtigen Dosierung. Je länger sie aber mit Tuberkulin behandeln, desto mehr lernen sie den Wert allgemein hygienischer und diätetischer Maßnahmen schätzen.

H. Köppe (110) berichtet über wiederholte günstige Wirkung, welche die Kutanimpfung mit Alttuberkulin nach Pirquet auf die regionären Drüsen hatte, falls dieselben angeschwollen waren und erklärt diese Wirkung durch direkten Transport des Tuberkulins auf dem Lymphwege in jene erkrankten Knoten.

Klotz (109) gibt an, so günstige Resultate mit regelmäßig in kurzen Zwischenräumen wiederholter Pirquetisierung von Haut-Knochen und Drüsentuberkulose gemacht zu haben, daß er es als selbstverständlich betrachtet, diese Behandlungsmethode zu den anderen gebräuchlichen hinzuzuziehen. Seiner Auffassung nach soll die Bindung des Tuberkulins an Rezeptoren der Haut den Lungenherd „entlasten". Daß eine solche Bindung stattfindet, beweist er dadurch, daß bei Kindern, die auf Tuberkulininjektionen heftig reagieren, diese Reaktionen ausbleiben, wenn die Injektion peripher von einer vorher angelegten Pirquetpapel gemacht wird. Alte Kutanimpfstellen flammen wieder auf, wenn peripher davon Tuberkulin injiziert wird. Klotz schlägt eine Kombination von Pirquetisierung und Tuberkulininjektion vor zur Vermeidung von heftigen Reaktionen. Über therapeutische Erfolge dieser Kombination verfügt der Autor noch nicht.

C. Beck (99) berichtet über gute Erfolge von 1000 Injektionen von Tuberkulin Rosenbach bei 30 Kindern, von denen 6 ambulant behandelt wurden. Schädliche Folgen wurden nicht gesehen, auch niemals Abszesse oder Nekrosen. Starke Lokalreaktionen lassen sich durch tiefe subkutane oder intramuskuläre Injektion vermeiden. Behandelt wurden Lungentuberkulose, exsudative Pleuritis und Peritonitis, Lymphome, Knochen und Weichteilherde, Tuberkulide und Lupus, sämtlich mit Erfolg.

Cuno (103) berichtet über ähnliche Erfahrungen (wie Beck) an 16 Kindern.

Kausch (108) empfiehlt diese Behandlungsmethode, ebenso Kohler, Plaut und Hochhalt.

Curschmann (104) machte bei Phthisen im ersten und zweiten Stadium gute Erfahrungen mit Tuberkulin Rosenbach.

R. Bajor (98) berichtet über Erfolge mit dem Beranekschen Tuberkulin bei chirurgischer Tuberkulose.

Weiker behandelte Lungentuberkulose mit einer von Zeuner mit Ölseifenlösung hergestellten Perlsuchtbazillen-Emulsion. Bemerkenswert erscheint ihm die in vielen Fällen erzielte Besserung

des Pulses (auch in fieberfreien Fällen). Weiker bezieht dies auf Entgiftung und zieht daraus prognostische Schlüsse. Das Präparat wird per os oder per Rektum gereicht.

98. **Bajor R.** Zur Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose mit Beranekschem Tuberkulin. Gyogyaszer, 1911. 51. Jahrgang.

99. **Beck C.** Die Behandlung der kindlichen Tuberkulose mit dem Rosenbachschen Tuberkulin. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913. Bd. VI.

100. **Bungart J.** Über Versuche mit Tuberkulin in der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 3. April 1912.

101. **Citron.** 7. Internationaler Tuberkulosekongreß in Rom. April 1912.

102. **Cronquist J.** Erfahrungen über die Behandlung der Kindertuberkulose mit dem Kochschen Alttuberkulin. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1912, Bd. LXXV.

103. **Cuno.** Erfahrungen mit Tuberkulin Rosenbach. 19. Versammlung der Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte zu Frankfurt a. M.

104. **Curschmann.** Diagnostische und therapeutische Erfahrungen mit dem Tuberkulin Rosenbach. 29. Deutscher Kongreß f. neuere Medizin in Wiesbaden, April 1912.

105. **Fuchs Ad., Neubauer R.** Über die Behandlung tuberkulöser Kinder mit niedrigen Tuberkulindosen. Wiener med. Wochenschrift, 1911.

106. **Hochhalt K.** Die neueren Richtungen der Therapie der Lungentuberkulose. Budapesti Orvosi tijsak, 1912, Nr. 49.

107. **Junker.** Unliebsame Vorkommnisse bei der Tuberkulinbehandlung. Münchener med. Wochenschr., 1912.

108. **Kausch.** Erfahrungen über Tuberkulin Rosenbach. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 6.

109. **Klotz.** Über Tuberkulinbehandlung. Monatsschr. f. Kinderheilkunde, 1912, Bd. XI.

110. **Köppe H.** Über die Wirkung des den Drüsen zugeführten Tuberkulins. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VII.

111. **Kohler R.** und **Plaut M.** Erfahrungen mit Rosenbachschem Tuberkulin. Zeitschr. f. klin. Med., Bd. LXXIV.

112. **Kurdjumow.** Die Behandlung der Kinder mit Tuberkulin. Russisch u. Tuberkuljes, 1912.

113. **Renan L.** Über den gegenwärtigen Stand der Tuberkulintherapie in der Lungentuberkulose. Presse Med., 1912.

114. **Röpke O.** Die Tuberkulinbehandlung in Klinik und allgemeiner Praxis. Zeitschr. f. ärztliche Fortbildung, 1911, Nr. 13.

115. **Wittich H.** Versuch einer poliklinischen Tuberkulinbehandlung der kindlichen Skrofulose und Tuberkulose. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1912, Bd. LXXV.

116. **Wolff W.** Die ambulatorische Tuberkulinbehandlung der Skrofulose und kindlichen Tuberkulose. Arch. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LX/LXI.

2. Medikamentös.

Gräfin Linden (118) erzielte bei Meerschweinchentuberkulose mit einer Methylenblaujodverbindung in 75%, mit Kupferverbindungen in 90 bis 100% Heilung.

Strauß (122) hatte mit diesen Präparaten ermutigende Erfolge bei menschlichem Lupus, ebenso Meissen (119).

Rubaschef (120) und M. Saidmann (121) berichten über einige Erfolge nach Einspritzung von Trypsinlösung oder von Kohle mit Trypsin bei tuberkulösen Hygromen und Lymphdrüsen. Die Wirkung wird mit positiver Chemotaxis auf Leukozyten erklärt. Die angesammelten Leukozyten werden durch Trypsin zum Zerfall gebracht und die Zerfallsprodukte sollen ihrerseits auf den tuberkulösen Herd wirken.

Hofmann (117) behandelte 4 tuberkulöse Peritonitisten mit Jodtinkturpinselungen.

117. **Hofmann.** Über die Pinselung des Bauchfells mit Jodtinktur bei tuberkulöser Peritonitis. Münchener med. Wochenschr., 1912.
118. **Linden,** Gräfin. 7. Internationaler Tuberkulosekongreß in Rom. April 1912.
119. **Meißen.** Ebenda.
120. **Rubaschef S. M.** Zur Frage der Fermentbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. Medizinskoje Obosrenje, 1912.
121. **Saidmann M.** Über die Wirkungen von tryptischen Fermentlösungen auf ärztliche chirurgische Tuberkulose und über die Antifermentbehandlung eitriger Prozesse. Wiener klin. Wochenschr., 1912.
122. **Strauß.** 7. Internationaler Tuberkulosekongreß in Rom, 1912.
123. **Welker.** Versuch mit dem Zeunerschen Oleinpräparat bei Tuberkulose. VII. Jahresversammlung der Vereinigung der Lungenheilanstaltsärzte in Hamburg. Juni 1912.

3. Chirurgisch.

Pielsticker und Vogt (130) legten 10mal bei Kindern künstlichen Pneumothorax an. In 4 Fällen von Bronchioktasie ließ sich wegen Verwachsungen kein völliger Lungenkollaps erzielen und es wurde auch sonst keine Besserung erreicht. Von den übrigen 6 Fällen (sämtlich Lungentuberkulose) ermutigen 2 Fälle (ein 14jähriges und ein 15 Monate altes Kind) zu weiteren Versuchen, die übrigen 4 Fälle lassen keine Schlüsse auf den Wert der Methode zu. Schädigungen durch den Lungenkollaps wurden nicht gesehen, einmal trat Exsudat im Pneumothorax auf.

Garré (126) stellte nach längeren Jahren Nachuntersuchungen bei einer großen Anzahl von ihm behandelter Knochen- und Gelenkstuberkulosen an. Außer bei der Kniegelenkstuberkulose, wo Resektion am Platze sei, empfiehlt Garré durchweg konservative Behandlung, wenn möglich kombiniert mit Höhensonnenbehandlung.

König (127) teilt Garrés Standpunkt und empfiehlt als Ersatz der natürlichen Höhensonne das ultraviolette Licht der Quecksilberdampfquarzlampe.

M. Brandes (125) fand auf Grund von Nachuntersuchungen an 14 in den Jahren von 1899 bis 1907 an der Kieler Klinik radikal operierten Kniegelenkstuberkulosen, daß das Resektionsverfahren gegenüber der konservativen Behandlung keine Abkürzung bedeute und nur Berechtigung habe, wo lange gewissenhafte Anwendung der konservativen Methode zu keinem Resultate geführt habe.

Ménard (128) will Tuberkulose der Knochen und Drüsen nur dann chirurgisch behandelt wissen, wenn die konservative Behandlung (Ruhestellung, Freiluft- und Ernährungstherapie) nicht rechtzeitig begonnen hat oder nicht lange genug fortgesetzt werden kann (2 bis 3 Jahre bei großer Gelenken der oberen Extremitäten, 4 bis 5 Jahre bei der Wirbelsäule und den großen Gelenken der unteren Extremitäten), da fast alle Kinder bei konservativer Behandlung gesund werden. Für Drüsentuberkulose kommt noch Radiologie in Betracht.

v. Mutschenbacher (129) empfiehlt größte Zurückhaltung bei der Operation tuberkulöser Halsdrüsen.

Bier (124) behandelt chirurgische Tuberkulose mit Stauung 3mal täglich 4 Stunden, unter gleichzeitiger Gabe von Jodolkali (3 g bei Erwachsenen). Letzteres soll die Entstehung kalter Abszesse verhindern.

124. **Bier A.** Über wesentliche Verbesserung der Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit Stauungshyperämie. Deutsche med. Wochenschr., 1912.

125. **Brandes M.** Über das Endresultat radikal operierter Kniegelenkstuberkulose im Kindesalter. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, S. 117.

126. **Garré.** Behandlung der Knochen- und Gelenkstuberkulose. 42. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin. März 1913.

127. **König.** Ebendä.

128. **Ménard.** Über die operative Behandlung der chirurgischen Tuberkulose im Kindesalter. XVII. Internationaler medizinischer Kongreß in London, 1913.

129. **Mutschenbacher v.** Über die konservative Behandlung der tuberkulösen Halslymphdrüsen. Beiträge zur klin. Chir., Bd. LXXX der tuberkulösen Halslymphdrüsen. Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. LXXXI.

130. **Pielsticker F.** und **Vogt H.** Über künstliche Pneumothoraxe bei Kindern. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. XI.

4. Lichttherapie.

Rollier (141) berichtet über seine 9jährigen Erfahrungen an über 700 Fällen mit Sonnenbestrahlung behandelter chirurgischer Tuberkulose. Die Sonnenwirkung sei doppelt:

1. Allgemeine Tonisierung der Haut und Anregung das Stoffwechsels; deshalb sind ausgedehnte Korsetts, Hüftgipsverbände dabei kontraindiziert, an ihre Stelle treten Streckverbände;

2. Lokale schmerzstillende, bakterizide und sklerosierende Wirkung.

In Anwendung kommt immer das Sonnenvollbad (anfangend mit Bestrahlung nur der unteren Extremitäten) in langsam steigenden Dosen. Die Schnelligkeit und Intensität der Pigmentbildung erlaubt meist einen Schluß auf die Heilungsdauer. Bei Rotblonden ohne Pigmentbildung ist die Prognose am ungünstigsten. Rollier erzielte zunächst überall Schmerzstillung. Erkrankte Gelenke wurden

unter Wiederkehr der Muskulatur in Streckverbänden wieder beweglich. Adenitiden schwanden spontan oder gelangten zur Abstoßung. Typisch ist für die Heliotherapie überhaupt die spontane Sequesterabstoßung, dann solide Vernarbung (Fuß, Hand, Handwurzel, Ellbogen und Wirbelsäule). Sehr günstige Erfahrungen bei Peritonitis, Tuberkulose, Darm-, Haut-, Urogenital- Hoden- und Bronchialdrüsentuberkulose. Bei Lungentuberkulose von Kindern und Erwachsenen im ersten und zweiten Stadium oft Heilung, im dritten Stadium Ermöglichung ungehinderter Tätigkeit in Höhenluft.

E. Zadro (147) fand im Seehospiz an großem Material von Gelenk-, Knochen- und Hauttuberkulose einen sehr günstigen Einfluß der Sonnenbestrahlung auf offene Wunden, dagegen nicht auf torpide tiefe Knochen- und Gelenkherde.

Machado (137) hebt das schnelle Verschwinden der Schmerzen hervor. Die Behandlungsmethode sei ideal, wenn sie nicht so lange Zeit beanspruchte.

Vulpius (146) empfiehlt die Sonnenbehandlung bei chirurgischer Tuberkulose, eventuell deren Ersatz durch die Quarzlampe.

W. Spitzmüller und Peterka (144) räumen der Heliotherapie nur die Rolle eines Plus unserer bisherigen „Allgemeinbehandlung" ein. Im übrigen ist auch ihre Richtschnur: Erhaltung der geschlossenen Tuberkulose. Chirurgische offene Tuberkulose suchen sie durch Operation im Gesunden in geschlossene zu verwandeln.

Prochaska, Jerusalem und Theumer (139) betonen, daß auch das Mittelgebirge für Heliotherapie geeignet sei. Theumer weist darauf hin, daß dort im Frühjahre und Sommer mehr Sonne sei als im Hochgebirge.

v. Schrötter (143) betont demgegenüber die Wichtigkeit der ultravioletten Strahlen, meint aber, daß auch das Meeresniveau geeignet sei, da der Meeresspiegel ultraviolettes Licht reflektiere.

Nach Treplin (145) bestehen in Deutschland an der See nur 2 Krankenhäuser für Tuberkulose, die sich mit dem in Berck sur Mer und in Margate messen können: das hamburgische Seehospital bei Cuxhaven und das Haus der Stadt Schöneberg auf Föhr. Die Erfolge Rolliers ließen sich auch an der See erzielen.

Die Erfahrungen der letzten 2 Jahre aus der Heidelberger Klinik mit Röntgenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose sind nach B. Baisch (141) am deutlichsten bei Lymphomen. Besonders wirksam sei die Kombination mit Tuberkulinbehandlung. Günstige Erfahrungen seien bei Gelenksknochentuberkulose besonders jüngeren Datums erzielt.

Schmerz (142) findet günstigen Einfluß der Röntgenstrahlen auf chirurgische Tuberkulose. Er glaubt, daß die Tuberkulose der ersten Jugend am schwersten, die des höheren und höchsten Alters am wirksamsten durch sie beeinflußt werde.

H. Iselin (136) behandelte seit 1906 in Basel 202 Patienten mit Drüsentuberkulose mit Röntgenlicht. Erfolge bei geschlossenen Drüsen sehr ermutigend.

A. Baud (132), Orlow (138) und Bernheim (133) berichteten über günstige Erfahrungen nach Einspritzung von radioaktivem Jodmenthol (Dioradin) bei chirurgischer und Lungentuberkulose. Das Präparat ist teuer.

Ritter (140) hat 5 Fälle mit Dioradin behandelt ohne nennenswerten Erfolg.

131. **Baisch B.** Die Röntgentherapie der chirurgischen Tuberkulose. Klin. therap. Wochenschr., 1912.
132. **Baud.** Beitrag zur Radiumtherapie der Tuberkulose. Fortschritt der Med., 1912, Bd. XXX.
133. **Bernheim S.** Intensive Methode der Jodoradiumtherapie. XVII. Internationaler Kongreß für Medizin, London 1913.
134. **Bernheim S.** Recherches sur la Radiumtherapie dans la Tuberculose. Nouvelles recherches, 1912, Bd. XVIII.
135. **Brecke.** Über Sonnenbehandlung bei Tuberkulose. Med. Korrespondenzbl. d. württemberg. ärztl. Landesvereins, 1913.
136. **Iselin H.** Die konservative Behandlung der Drüsentuberkulose. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912.
137. **Machado.** La cure solaire des tuberculoses chirurgicales. A méllisina Contemporanea, Nr. 45, Lissabonne.
138. **Orlow A. P.** Die Behandlung der Lungentuberkulose mit Radiumdioradin. Tuberculjes, 1911.
139. **Prochaska, Jerusalem** und **Theumer.** III. Österrreichischer Tuberkulosetag, Wien, Juni 1912. Diskussion zum Vortrage von Rollier, Leysin.
140. **Ritter.** VII. Jahresversammlung der Vereinigung der Lungenheilanstaltsärzte in Hamburg. Juni, 1912.
141. **Rollier.** Die Sonnenbehandlung der Tuberkulose. Monatsschrift f. Kinderheilk., 1912, Bd. XI.
142. **Schmerz.** Die Röntgentherapie der chirurgischen Tuberkulose. Beiträge zur klin. Chir., Bd. LXXXI.
143. **Schrötter v.** II. Österreichischer Tuberkulosetag, Wien. Juni 1912.
144. **Spitzmüller W.** und **Peterka.** Zur Heliotherapie der chirurgischen Tuberkulose und Skrofulose. Wiener klin. Wochenschr., 1912.
145. **Treplin.** 17. Internationaler medizinischer Kongreß in London, 1913.
146. **Vulpius.** Über Lichtbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. Münchener med. Wochenschr., 1913.
147. **Zadro E.** Zur Frage der Heliotherapie. Wiener klin. Wochenschr., 1912.

5. Allgemeinbehandlung.

A. Czerny (149) gibt eine Übersicht seiner Erfahrungen bei Behandlung kindlicher Tuberkulose. Kinder mit sehr sensiblem Nervensystem, identisch mit den „eretischen" Kindern früherer Autoren, zeigten im allgemeinen einen schlechteren Krankheitsverlauf; für solche Kinder ist die Fernhaltung von Erregung (durch Angehörige) die Erhaltung gleichmäßig guter Stimmung besonders wichtig. Die diätetische Beeinflussung einer eventuell vorhandenen exsudativen Diathese mit Neigung zu Erkältungskrankheiten erscheint

unter Umständen wichtiger als die Auswahl eines klimatischen günstigen Kurortes, da es ein jede Erkältung ausschließendes Klima nirgends gibt. Freiluftbehandlung sei wichtiger als Sonnenbestrahlung. Czerny hat den Eindruck, daß bei der Freiluftbehandlung die starke Wärmeabgabe durch die über die freie Körperoberfläche hinwegstreifende Luft einen Hauptfaktor bildet. Sie müsse deshalb tatsächlich im Freien, auch bei bewegter Luft, nicht in geschützten Veranden, stattfinden. So angewandt seien Freiluft-Sonnenkuren gegenwärtig noch unsere besten Heilfaktoren, speziell für Drüsen-, Haut- und Knochentuberkulose. Unsicher sind die Resultate bei geschlossener Lungentuberkulose und Peritonitis tuberculosa. Bei offener Lungentuberkulose sah er keine Ausheilung und empfiehlt hierfür den auch für jüngste Kinder anwendbaren künstlichen Pneumothorax. Sehr skeptisch steht Czerny den verschiedenen Tuberkulinen gegenüber, von denen er die von Denys und Beranek und das Alttuberkulin Koch studiert hat. Er glaubt, daß der Verlauf der Tuberkulosen keine Änderung erfahren würde, wenn wir auf das Tuberkulin vollständig verzichten würden. Weder in bezug auf die Schnelligkeit noch auf die Sicherheit des Heilerfolges oder auf den Schutz vor Nachschüben der Tuberkulose hat er Erfolge gesehen, welche nicht in gleicher Weise ohne Tuberkulin vorkämen. Bei der auf möglichste Erhöhung des spezifischen Gewichtes des Körpers abzielenden Diät, die Czerny in Anwendung zu bringen pflegt, bei welcher die Kinder oft monatelang auf ihrem Gewicht stehen bleiben, aber besseren Gewebsturgor bekommen und wachsen, sah er nur äußerst selten Auftreten neuer Herde, niemals tuberkulöse Meningitis oder Miliartuberkulose. Dieser Diät an sich schreibt Czerny keine eigentliche Heilwirkung zu, da bei ihr in manchen Fällen ein tuberkulöser Herd, selbst bei mannigfaltiger lokaler Behandlung monate-, ja jahrelang bestehen bleibt.

E. Moro (150) hat Kinder mit Skrofulose (Lidekzem, Phlyktäne, chronischem Schnupfen, Drüsenschwellungen) mit Milch und Eiern gefüttert und überraschende Besserung erzielt. Er erklärt diese Erfolge mit der günstigen Beeinflussung der Tuberkulose, welche nach seiner und Escherichs Auffassung zusammen mit exsudativer Diathese das Bild der Skrofulose auslösen könne. Für solche Fälle sei eine Behandlung der Tuberkulose und damit der Skrofulose durch Mastkur ebenso aussichtsreich, wie etwa die Behandlung der durch Tuberkulose hervorgerufenen Überempfindlichkeit mit einer Tuberkulinkur. Fälle von reiner exsudativer Diathese oder solche Fälle, in denen die gleichzeitig bestehende Tuberkulose nicht zum Bilde der Skrofulose geführt hätten, seien mit knappen Flüssigkeitsmengen und Milch-Eikarenz zu ernähren.

A. Bruck und K. Pannwitz (148) berichten über die Erfolge der Allgemeinbehandlung in der Heilstätte Hohenlychen. Besonders während der Winterkuren wurden oft größere Gewichtszunahmen als im Sommer erzielt und Erkältungen waren selten. Von 1690 nachuntersuchten Fällen von 1902 bis 1911 ergaben 81% Stillstand des Prozesses, 85% der Kinder waren ganz oder teilweise erwerbs-

beziehungsweise schulfähig. Offene Tuberkulosen hatten nur in 14% ein Dauerresultat.

148. **Bruck A., Pannwitz K.** Die Bedeutung der Heilstätten für tuberkulöse Kinder. XI. Internationale Tuberkulosekonferenz, Berlin, Oktober 1913.

149. **Czerny Ad.** Erfahrungen über den Verlauf der Tuberkulose im Kindesalter. Arch. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LX/LXI.

150. **Moro E.** Zur Diätetik der Skrofulose. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1912.

151. **Reichmann.** Über die Prognose und Therapie der Meningitis aus der medizinischen Klink zu Jena. Münchener med. Wochenschrift, 1913.

Physiologie.

Hess. *Observations on the physiological anatomy of the infant's stomach noted in the use of a balloon-duodenal catheter.* (Beobachtung in bezug auf die physiologische Anatomie des Säuglingsmagens beim Gebrauch des Ballonduodenalkatheters.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Juni 1914.)

Die Röntgenaufnahmen nach Einführung des Katheters zeigen interessante Variationen in der Lage und Funktion des Magens.

Wachenheim (New York).

Diagnostik.

Swift. *A voice sign in chorea.* (Ein Stimmenphänomen bei Chorea.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Juni 1914.)

Durch kymographische Untersuchung der Stimme läßt sich Änderung des Timbre und der Intensität in Zusammenhang mit den Muskelzuckungen nachweisen. Gute Literaturangabe.

Wachenheim (New York).

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

E. Thomas. *Experimentelle Beiträge zur Frage der Beziehungen von Infektion und Ernährung I.* (Biochem. Zeitschr., Bd. LVII, S. 456, 1913.)

O. Hornemann. *Experimentelle Beiträge zur Frage der Beziehungen von Infektion und Ernährung.* (Ebenda, S. 473.)

Verff. haben die Versuche Weigants über den Einfluß der Ernährung auf den Verlauf der Tuberkulose an Ferkeln in erweiterter

Form wiederholt; es wurden Ferkel aus 2 Würfen nach einer Vorperiode mit gleichem Futter allmählich auf vorwiegende Kohlenhydrat- oder Fett- oder Eiweißnahrung gesetzt; eine Gruppe wurde bis zum Ende mit gemischtem Futter ernährt. Während des Überganges von der Vorperiode zur Hauptperiode, während die Tiere noch die Hälfte der gemeinsamen Nahrung und die Hälfte der Unternahrung bekamen, wurde die Infektion mit Tuberkelbazillen vorgenommen. Die Gewichtszunahme der infizierten und nicht infizierten Tiere zeigten keinen deutlichen Unterschied. Die Tuberkulose war am geringsten entwickelt bei den beiden mit eiweißreicher Kost und bei einem mit fettreicher Kost gefütterten Tiere, sie war stark entwickelt bei den beiden mit kohlehydratreicher Kost, dem mit gemischter Kost und dem einen mit fettreicher Kost gefütterten Tiere. Die verschiedene Ernährung und die Infektion hatten auf den Komplementgehalt des Blutes keinen Einfluß. Der opsonische Index wurde durch die verschiedene Ernährung nicht beeinflußt, dagegen war er bei den infizierten Tieren höher als normal und zeigte erhebliche, aber nicht gesetzmäßige Schwankungen. Orgler (Charlottenburg).

Schippers. *Wiederkäuen beim Menschen, besonders beim Säugling.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1914, I, S. 785.)

Nach vorausgegangener Übersicht über das Vorkommen, über die herrschende Meinung bezüglich des Wesens und nach Erklärung des Symptoms, Rumination, teilt Schippers 2 Fälle mit, die er bei Säuglingen beobachtete.

Während das beim Erwachsenen beobachtete Wiederkauen gewöhnlich erst im Alter von 5 bis 15 Jahre auftritt, um während Jahren, öfters während des ganzen Lebens fortzubestehen, fängt das Symptom beim Säugling gewöhnlich im Alter von 3 bis 7 Monaten an, um am Ende des ersten Lebensjahres völlig zu verschwinden.

Beim Wiederkauen des Säuglings wird folgendes wahrgenommen: Die Flasche wird sehr gierig getrunken; nach einigen Minuten fängt der Säugling an, bei geöffnetem Munde, eigentümliche Kaubewegungen auszuführen, wobei sich die Zunge von hinten nach vorn bewegt. Nach 3 bis 4 derartigen Bewegungen fließt ein Teil der Nahrung in den Mund, um nach 2 bis 3 kräftigen Schluckbewegungen wieder zu verschwinden. Mit Zwischenpausen von etwa 3 bis 4 Minuten wiederholt sich das Wiederkauen, öfter während einer ganzen Stunde.

Fall I. Mädchen, erbricht seit dem 9. Lebenstag. Allmählich stellt sich Wiederkauen ein, sowohl nach der Brust als nach der Flasche. Im Alter von 7 Monaten ins Kinderkrankenhaus aufgenommen, wurde Atrophie konstatiert (Körpergewicht 3440 g); alsdann schnelle Steigerung des Gewichtes nach Ernährung mit abgedrückter Frauenmilch; ebenso bedeutende Besserung des Allgemeinzustandes, obgleich das Wiederkauen unverändert fortbesteht. Der Mageninhalt, mit der Sonde entleert, enthält keine freie Salzsäure; Totalazidität 18; Pepsin deutlich vorhanden. Röntgenuntersuchung ohne Erfolg. Nach einem 2monatigen Verbleiben im Krankenhause wurde das Kind in gutem Zustande entlassen. Erst einen Monat nachher war das Wiederkauen verschwunden.

Fall 2. Kind, seit der Geburt an der Brust, ohne Verdauungsstörung. Seitdem, im Alter von $3^1/_2$ Monaten, Flasche zugegeben wurde, trat Erbrechen und später auch Wiederkauen auf. Im Alter von 8 Monaten Aufnahme ins Kinderkrankenhaus. Es wurde nun konstatiert: Atrophisches Kind (Körpergewicht 5900 g), Wiederkauen mit Aufstoßen; im Mageninhalt Gesamtazidität 24. Freie Salzsäure fehlt, Pepsin deutlich vorhanden. Das Wiederkauen und der schlechte Ernährungszustand blieben fortbestehen, trotz Nahrungswechsel. Eine eintretende Verbesserung wurde jedesmal durch eine akute Verdauungsstörung unterbrochen.

Von den verschiedenen, versuchten Nahrungsmitteln, wurde noch am besten Bohnenpüree vertragen: bei dieser Ernährung hörten, wenigstens zeitweise, das Erbrechen und das Wiederkauen auf. Am Ende konnte das Kind nach einem Krankenaufenthalt von 3 Monaten in gutem Allgemeinzustand entlassen werden. Nach der Entlassung verschwand das Wiederkauen sehr rasch. Graanboom.

Milchwissenschaft und Molkereipraxis.

W. Grimmer. *Beiträge zur Kenntnis der Fermente der Milchdrüse und der Milch.* (Biochem. Zeitschr., Bd. LIII, S. 429, 1913.)

In der tätigen und in der ruhenden Milchdrüse finden sich proteolytische Fermente, die nur die Eiweißkörper der Milchdrüse, nicht aber andere Eiweißkörper abbauen; als Spaltungsprodukte wurden Glykokoll, Leuzin und andere zu den Aminosäuren gehörige Substanzen nachgewiesen; unter den Abbauprodukten der tätigen Drüsen fand sich stets Tryptophan, unter denjenigen der ruhenden Drüsen dagegen nie. Außerdem fand sich in allen Drüsen ein monobutyrinspaltendes und salolspaltendes Ferment nachgewiesen. Die Guajakperoxydase wurde nur in der laktierenden Drüse der Wiederkäuer nachgewiesen. Die Milchdrüsen von Pferd und Schwein enthalten außerdem sowohl im ruhenden wie im tätigen Zustand eine Amylase, beim Rinde ist dieses Ferment in der ruhenden Drüse stärker als in der tätigen enthalten. Verf. nimmt in, daß die in der Milch sich findenden Fermente lediglich Produkte der Drüse sind, die in die Milch übergehen, auch daß diese Fermente für den Säugling ohne Bedeutung sind. Orgler.

Stoffwechsel.

M. Masslow. *Über die biologische Bedeutung des Phosphors für den wachsenden Organismus.* (Biochem. Zeitschr., Bd. LV, S. 45, 1913.)

Zum Bericht nicht geeignet. Orgler.

Knox and **Tracy.** *A contribution to our knowledge of the excretion of phosphates in infancy.* (Ausscheidung der Phosphate im Säuglingsalter.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Juni 1914.)

Die Ausscheidung durch den Harn ist bei künstlicher Ernährung größer als bei Brustkindern; wir können aber noch nicht durch die Harnanalyse die Natur oder Schwere der Ernährungsstörung bestimmen. Die Untersuchung der Verff. ist mit außerordentlicher Gründlichkeit ausgeführt. Wachenheim (New York).

A. Schlossmann und **H. Murschhauser.** *Der Stoffwechsel des Säuglings im Hunger.* (Biochem. Zeitschr., Bd. LVI, S. 335, 1913.)

Verff. haben Säuglinge 22 bis 60 Stunden hungern lassen. Dabei zeigte es sich, daß die Säuglinge bei richtiger Anordnung der Versuche sich ruhig verhielten, anscheinend kein Hungergefühl empfanden und vollkommen über den Hunger hinweggetäuscht wurden. Es wurde ihnen während der Versuchszeit mit Saccharin gesüßtes Wasser mit einem Gehalt von 3‰ NaCl gegeben. Zu den Versuchen wurden sowohl Brustkinder als auch unnatürlich ernährte Säuglinge herangezogen. Untersucht wurden der Urinstickstoff, die Azeton- und β-Oxybuttersäureausscheidung und der Gasstoffwechsel. Die Stickstoffausscheidung im Urin pro Stunde und Körperkilogramm war während des Hungers bei vorausgegangener Frauenmilchernährung stets höher als in der Vorperiode; bei unnatürlicher Ernährung war sie während des Hungers niedriger als in der Vorperiode; aber die Hungerwerte waren erheblich höher als bei den natürlich ernährten Säuglingen; je eiweißreicher die vorhergehende unnatürliche Ernährung war, desto mehr Stickstoff wurde pro Stunde und Körperkilogramm während des Hungers ausgeschieden. Das Brustkind gibt also während des Hungers weniger Eiweiß ab als das unnatürlich ernährte Kind. Durch eine zwischen Ernährung und Hungerversuch eingeschobene Periode, in der eine Milchzuckerlösung gereicht wurde, konnte die Stickstoffausscheidung in der Hungerperiode etwas heruntergedrückt werden. Die ausgeschiedene Azeton- und β-Oxybuttersäuremenge steigt im Urin während des Hungers natürlich an; sie ist im allgemeinen beim Brustkinde niedriger als beim unnatürlich ernährten Kinde. Bei ausschließlicher Milchzuckerernährung (70 g Milchzucker pro die) wird kein Azeton ausgeschieden. Bei einem Kinde wurde auch in 3 Versuchen der Gasstoffwechsel untersucht, je einmal nach 48 Stunden und einmal nach 78 Stunden; der respiratorische Quotient betrug nach 48 Stunden 0·779, nach 72 Stunden 0·79. Pro Quadratmeter Oberfläche und Stunde wurden ausgeschieden beziehungsweise aufgenommen nach 48 Stunden 12 g CO_2 und 11·3 g O_2; nach 72 Stunden 10·94 CO_2 und 10·95 O_2. Das Kind zersetzte demnach nach 48 Stunden Hunger pro Kilogramm und Stunde 1·74 g Eiweiß, 4·47 g Fett und 2·95 g Kohlehydrate; nach 72stündigem Hunger 2·24 g Eiweiß, 3·53 g Fett und 2·95 g Kohlehydrate. Das Kind verhielt sich während der Respirationsversuche vollkommen ruhig; die gefundenen Werte stellen also Ruhewerte

im Hunger dar. Die dem Versuch vorausgegangene Ernährung bestand in 750 Buttermilch + 250 g Sahne + 15 g Weizenmehl + 40 g Rohrzucker. Orgler.

A. Schlossmann und **H. Murschhauser.** *Der Stoffwechsel des Säuglings im Hunger. II.* (Biochem. Zeitschr., Bd. LVIII, S. 483, 1914.)

Bei demselben Versuchskinde wie in vorgehender Arbeit und derselben Ernährung — nur wurde statt Weizenmehl Melban verabreicht — wurde ein 76stündiger vollständiger Hungerversuch gemacht. Hinsichtlich der einzelnen Daten muß auf das Original verwiesen werden. Der Hunger führte in beiden Versuchsreihen zu einer Einschränkung des Umsatzes stickstofffreier Substanzen. Vergleicht man den Stoffwechsel dieses fetten Kindes mit demjenigen der früher untersuchten mageren, so ergibt sich, daß das fette Kind mehr Fett und weniger Glykogen zersetzte als das magere. Der Blutzuckergehalt sank während des Hungers von 0·09% auf 0·047%. Anscheinend hat in diesem Versuche eine rasche Abnahme des Glykogens stattgefunden. Orgler.

M. W. Scheltema. *Ein Fall von Alkaptonurie.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1914, I, S. 1471.)

Scheltema berichtet über einen Fall bei einem 6jährigen Mädchen, welches schon seit der Geburt die Erscheinungen der Alkaptonurie sollte dargeboten haben. Außer dem Harne zeigte auch das Zerumen (in diesem Falle schwarz gefärbt) die für Alkapton charakteristische Reaktion.

Eine neue, durch Scheltema zuerst angewandte, und sehr empfindliche Reaktion auf Alkapton ist die folgende: Der Harn wird mit einigen Kristallen Jodkali oder Jodnatrium gekocht. Es entsteht nun eine rote Farbe, welche allmählich an Intensität zunimmt. Graanboom.

Bookman. *The metabolism in osteogenesis imperfecta, with special reference to calcium.* (Stoffwechsel bei Osteogenesis imperfecta, speziell in bezug auf Kalzium.) (Americ. Journ. Disp. Childr., Juni 1914.)

Die Kalkretention ist etwas unter der Norm und wird durch Phosphor und Lebertran, noch mehr durch Kalc. lacticum, günstig beeinflußt. Wachenheim (New York).

Neugeborene.

Green. *Intracranial hemorrhage in the new-born.* (Intrakranielle Blutung bei Neugeborenen.) (Boston Med. and Surg. Journ., 30. April 1914.)

Die klassischen Symptome sind nicht immer nachweisbar, man bemerkt oft bloß Verweigerung der Nahrung, Blässe und Ödem

des Gesichtes. In manchen Fällen können wir die Diagnose durch die Lumbalpunktion sichern, wobei auch gelegentlich therapeutisch geholfen wird. Nicht selten ist Schädelpunktion angezeigt und bei evidentem Hirndruck die Kraniotomie. Am wirksamsten ist schließlich die Prophylaxe, nämlich die Vermeidung von Geburtstraumen, welche die häufigste Ursache bilden. Wachenheim (New York).

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.

E. Schreiber. *Über den jetzigen Stand der aktiven Diphtherieimmunisierung nach Behring.* (Ther. d. Gegenw., 1914, S. 97.)

Schreiber hat sowohl im Krankenhaus als auch in 6 Ortschaften und einzelnen Stadtbezirken von Magdeburg 700 Patienten mit der neuen Behringschen Methode geimpft. Die Impfung ist völlig ungefährlich; der Impfschutz tritt erst nach einigen Tagen ein und erreicht ungefähr nach 20 Tagen den Höhepunkt. Innerhalb dieser Zeit sind die Kinder für Diphtherie nicht empfänglicher; im Gegenteil trat innerhalb dieser Zeit Diphtherie auf, so verlief sie leicht. Von den voll immunisierten Kindern erkrankten nach dem zehnten Tage nur 12 an Diphtherie, deren Verlauf nur in 2 Fällen etwas schwerer war. Von den im Krankenhaus Geimpften erkrankte kein einziger. Die beste Technik der Impfung ist noch nicht vollständig ausgearbeitet. Orgler.

W. B. Jack. *A case of cutaneous diphtheria.* (Brit. Journ. of childr. dis., October 1913.)

Es handelt sich um ein 3 Jahre altes Mädchen. Seit 3 Wochen bestanden Geschwüre im Gesicht, seit 2 Wochen Ausfluß aus der Nase. Bei Eintritt in die Behandlung bestand kroupöser Husten, schlechter Allgemeinzustand, eitriger Ausfluß aus der Nase, keine Hautgeschwüre mehr; „Geruch auf Diphtherie verdächtig". Trotz 4000 I.-E. Tod am nächsten Tage. Es fanden sich Diphtheriebazillen fast in Reinkultur. Zu gleicher Zeit hatte die Mutter des Kindes ein Ulkus am linken Ellenbogen, von einem Abstriche wuchsen reichlich Di-Bazillen; auf 2000 I.-E. trat rasche Heilung ein. Eckhardt.

Goltz and **Brodie.** *Results from the use of living lactic acid bacilli on diphtheritic throats.* (Lokale Verwendung der Milchsäurebazillen bei Diphtherie.) (Americ. Journ. Med. Assoc., 6. Juni 1914.)

Die Bazillen bewirken ein Schwinden der Pseudomembran, die Kulturen von der Rachenschleimhaut bleiben dagegen positiv, ungefähr wie bei der gewöhnlichen Serumbehandlung.

Wachenheim (New York).

T. Shadick Higgins. *The diphtheria bacillus and scarlatinal infection.* (Brit. Journ. of childr. dis., November 1913.)

Aus seinen Untersuchungen schließt der Verf., daß das Vorhandensein von Diphtheriebazillen im Rachen oder der Nase von

Kindern, die aus der Scharlachabteilung entlassen werden, die Weiterverbreitung des Scharlachs durch solche Rekonvaleszenten begünstigt. Als Beweis dafür führt er folgende Tatsachen an: Bei denjenigen Kindern, die nach ihrer Rückkehr aus dem Hospital Scharlacherkrankungen im Hause verursacht hatten, fanden sich in 25% der Fälle echte Diphtheriebazillen, bei denjenigen, die keine Erkrankung ausgelöst hatten, nur in 7% der Fälle. (Es wurde natürlich darauf geachtet, daß jeweils in den Häusern für Scharlach empfängliche Individuen vorhanden waren.) Die 419 Fälle (von 5573 Scharlachfällen überhaupt, die sich auf 2 Jahre verteilen), die Infektion ausgelöst hatten, wurden sämtlich untersucht; von den übrigen nur eine (zufällige) Auswahl von 102 Fällen. Untersuchungen an 99 Schulkindern in Birmingham, die nachweislich niemals Diphtherie oder Scharlach gehabt hatten, ergaben in 7% echte Diphtheriebazillen, deren Virulenz, wenn überhaupt vorhanden, geringer war als bei den Scharlachrekonvaleszenten (auch bei letzteren waren die Diphtheriebazillen nicht immer virulent.)

Ferner hat Verf. noch 12 (von 14) Kinder untersucht, bei denen die Diagnose Scharlach, die zu ihrer Einlieferung ins Scharlachspital führte, sich nachträglich als falsch herausgestellt hatte, nach deren Rückkehr nach Hause aber in ihrer Umgebung Scharlach ausgebrochen war. Bei 8 von diesen Kindern fanden sich Diphtheriebazillen in Rachen und Nase. Endlich führt Verf. an, daß in Birmingham Häufigkeit und Ausbreitung der Diphtherie- und der Scharlacherkrankungen parallel gehen. Eckhardt.

Schultze and **Goldberger**. *Report of 128 cases of scarlet fever treated with vaccines and the method of Milne.* (Vakzinebehandlung von 128 Scharlachfällen.) (Med. Rec., 23. Mai 1914.)

Kiefer and **Ferry**. *Experiences with bacterial vaccines in scarlatine.* (Erfahrungen mit bakteriellen Vakzinen bei Scharlachfieber.) (Ibid.)

Die Vakzine bestanden aus Reinkulturen von Mikrokokkus „S". Streptokokken und Mischungen der beiden, 400,000.000 Keime pro dosi. Von diesen schien nach der ersteren Mitteilung bloß die erste bedeutende Erfolge zu bieten, dagegen ziehen Kiefer und Ferry Mischkulturen vor. Die Gesamtresultate sind gewissermaßen ermutigend aber nicht ganz überzeugend. Eine Sterblichkeit von bloß 1·5% wird nicht so selten auch bei exspektativer Behandlung erzielt und der Prozentsatz von Komplikationen, fast 15, erscheint nicht außerordentlich niedrig. Übrigens bezweifeln letztere Forscher die Rolle des Mikrokokkus S, so daß diese Behandlungsmethode noch auf einer unsicheren Basis steht.

Außerdem verwendeten Schultze und Goldberger die von Milne empfohlene Einreibung mit 10%igem Eukalyptusöl und die Bepinselung des Rachens mit 10%igem Karbolöl. Letzteres Verfahren führte nicht selten zu unliebsamen Nierenerscheinungen (Karbolharn), 5%ige Lösungen schienen unschädlich zu sein.

Wachenheim (New York).

Alexander Graham. *An epidemie of specific parotitis in school-children.* (Brit. Journ. of childr. dis., November 1913.)

Bei einer Mumpsepidemie, die 222 (4%) von 5848 Kindern umfaßte, die 4 in demselben Bezirk gelegene Schulen besuchten, hat Verf. u. a. folgende Einzelheiten beobachtet: Knaben und Mädchen wurden ungefähr zu gleichen Teilen befallen (43·7% und 56·3%). Die meisten Kinder (61·3%) standen im Alter zwischen 6 und 12 Jahren; die große Empfänglichkeit dieser Altersstufen führt Verf. auf den Zahnwechsel und die in dieser Zeit besonders häufige Karies zurück. Als Inkubationsdauer ergab sich aus zahlreichen Beobachtungen eine Zeitspanne zwischen 8 und 12 Tagen. Bei den Fällen, über die genauere Angaben zu erhalten waren, stellte sich heraus, daß die linke Seite 3mal so oft zuerst erkrankte wie die rechte. Eckhardt.

Arnold Netter (Paris). *The meningeal form of poliomyelitis.* (Brit. Journ. of childr. dis., December 1913.)

Häufig tritt die Poliomyelitis unter meningitischen Symptomen auf (in Paris 1912 in 29% der Fälle, in England in mehr als der Hälfte aller Fälle), es kommen daher auch häufig Verwechslungen mit Zerebrospinalmeningitis vor, besonders wenn im weiteren Verlaufe keine Lähmungen auftreten. Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit liefert nicht immer eindeutige Resultate. Besonders schwierig wird die Stellung der Diagnose, wenn Epidemien von Zerebrospinalmeningitis und Poliomyelitis zu gleicher Zeit auftreten.

Eckhardt.

Huber. *Pneumococcic meningitis and meningismus.* (Arch. of Pediatr., Mai 1914.)

Die Fälle von Meningitis, die nachweislich durch den Pneumokokkus verursacht werden, sind bekannt, aber weniger häufig als solche mit typischen Symptomen, aber ohne in der Zerebrospinalflüssigkeit demonstrierbaren Bakterien, mit oft günstigem Verlauf. Diese Fälle sind bei Pneumonie nicht besonders selten und bei undeutlichen Symptomen ist der Beobachter geneigt, von Meningismus statt Meningitis zu reden; doch kommt letztere zweifellos öfter vor, als man bei strenger Innehaltung der diagnostischen Kriterien annehmen dürfte. Verf. will mehr Gewicht auf die klinischen Phänomene als auf die bakteriellen Befunde legen. Es ist höchst wahrscheinlich, daß genuine undiagnostizierte Meningitis eine nicht gerade seltene Komplikation der Pneumonie bei kleinen Kindern bildet. Wachenheim (New York).

E. A. Cockayne. *Whooping-cough in the first days of life.* (Brit. Journ. of childr. dis., December 1913.)

Keuchhusten in den ersten Lebenstagen ist ziemlich selten. Aus einigen in der Literatur mitgeteilten Fällen, in denen die Kinder „gleich nach der Geburt" zu husten begannen, schließen die Beobachter, daß der Keuchhusten intrauterin auf dem Blutwege übertragen worden sei (die Mütter hatten von älteren Kindern den Keuchhusten

erworben). Aus anderen Beobachtungen ergibt sich eine Inkubation von nur 2 bis 3 Tagen. Verf. führt einen eigenen Fall an: ein am 26. Mai geborenes Kind begann am 31. Mai zu husten; 10 Tage später hatte es deutliche Anfälle; die Mutter hatte am 29. Mai zu husten begonnen. Der Säugling hatte ein typisches Blutbild. Eckhardt.

Booth. *Malaria during the first three months of life.* (Malaria in den ersten drei Lebensmonaten.) (Southern Med. Journ., Mai 1914.)

Verf. notierte Anfälle schon in der dritten Lebenswoche. Man findet anfangs zumeist Schlafzustand mit starkem Fieber, der Eintritt mit Krämpfen ist weniger häufig. Erscheinungen seitens des Nervensystems treten stark hervor. Wachenheim (New York).

Tuberkulose.

Hawes. *Under what conditions is the diagnosis of tuberculosis in children justified?* (Diagnose der Tuberkulose bei Kindern.) (Boston Med. and Surg. Journ., 21. Mai 1914.)

Verf. meint, daß die Kutantuberkulinprobe weitaus das zuverlässigste Diagnostikum sei, dagegen sei man bei der Auslegung des Röntgenbildes zurückhaltend. Wachenheim (New York).

Leonard Findlay. *The intestine as a pathway of infection to the tubercle bacillus, with special reference to the part played by diarrhoea.* (Brit. Journ. of childr. dis., November 1913.)

Verf. hat Kaninchen mit Tuberkelbazillen vom Menschen und vom Rinde infiziert, indem er das infektiöse Material (Kulturen und menschliches Sputum) in Gelatinekapseln eingeschlossen (die Kulturen in Öl suspendiert) per os bis in den Magen brachte; so gelang es ihm, zufällige direkte Infektionen der Luftwege zu vermeiden. Seine Resultate sind folgende: Gesunde Kaninchen können durch Einführung großer Mengen boviner Tuberkelbazillen in den Darmkanal infiziert werden; die Bazillen können die offenbar unversehrte Intestinalschleimhaut durchwandern und die Mesenterialdrüsen in 6 Tagen erreichen. Wenn eine weitere Infektion stattfindet, so ist immer zunächst der Darmtraktus Sitz der Erkrankung; Beteiligung anderer Organe ist sekundär. Darmkatarrh (durch starke Laxantien hervorgerufen) begünstigt die Passage der Tuberkelbazillen nicht, gestattet aber eine frühere und ausgebreitetere Infektion des Darmes. Gesunde Kaninchen werden auch durch große Mengen von menschlichen Tuberkelbazillen nicht infiziert, bei Verletzung der Darmschleimhaut bekommen sie eine leichte Tuberkulose, meist der Mesenterialdrüsen, seltener der Eintrittsstelle. Eckhardt.

Findlay. *The intestine, in health and catarrh, as a pathway of infection to the tubercle bacillus.* (Die gesunde und katarrhalische Darmschleimhaut als Eingangspforte für den Tuberkelbazillus.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Mai 1914.)

Infektion kann bei völlig intakter Darmschleimhaut stattfinden, bei Darmkatarrh sind aber kleinere Bazillenmengen erforderlich. Die Bazillen erreichen die Mesenterialdrüsen in 6 Tagen. Wenigstens beim Kaninchen ist unter diesen Umständen der Darm der Sitz der primären Tuberkulose und sind Infektionen anderer Organe stets sekundär, dies trifft aber bestimmt bloß auf bovine Infektion zu, bei Infektion mit dem Typus humanus ist die Darmläsion gelegentlich nicht nachweisbar oder wenigstens gering. Die bovinen Bazillen scheinen eine Prädilektion für den Darm zu besitzen, so daß unsere Prophylaxe die Milchaufsicht unbedingt in ihr Bereich ziehen muß. Wachenheim (New York).

P. H. Petersen. *Die neueren Methoden der unblutigen Therapie der Halsdrüsentuberkulose.* (Ther. d. Gegenw., 1914, S. 145.)

Verf. hat mit sehr gutem Erfolge tuberkulöse Lymphdrüsen mit Röntgenstrahlen behandelt. Am besten eignen sich die hyperplastischen Drüsen für diese Behandlung; bei verkästen und erweichten Drüsen empfiehlt sich, kleine Stichinzisionen und Exkochleation des erkrankten Gewebes oder eine Punktion des Eiters vor der Bestrahlung vorzunehmen. Am schwersten zu behandeln sind die Fälle mit Fisteln und Ulzerationen; doch hat Verf. auch hier mit hochgefilterten Strahlen sehr günstige Erfolge erzielt. Das kosmetische Resultat ist sehr gut, die Narben sind klein und unscheinbar. Bei der Behandlung tritt häufig eine schmerzhafte Schwellung der Drüsen auf, gleichzeitig findet sich nach Beendigung der Bestrahlung eine Störung des Allgemeinbefindens (Übelkeit, Erbrechen). Meist wird durch diese Reaktionen die Behandlung nicht gestört, bei zu starker Reaktion muß man mit der Dosis heruntergehen.

Orgler (Charlottenburg).

D. B. Lees. *The diagnosis of pulmonary tuberculosis.* (Brit. Journ. of childr. dis., December 1913.)

Verf. erklärt es auch beim Kinde für möglich, durch sorgfältige Perkussion speziell der Lungenspitzen eine Lungentuberkulose im frühesten Stadium zu entdecken; er bezeichnet 6 typische Punkte geringer Schallverkürzung als charakteristisch für Tuberkulose, auch wenn außerdem interkurrente Erkrankungen der Lungen bestehen. Eckhardt.

Respirationsorgane.

R. R. Armstrong. *Observations on four cases of relapsing pneumonia in young children.* (Brit. Journ. of childr. dis., October 1913.)

Verf. berichtet über rezidivierende Pneumonien bei 4 jungen Kindern (eines 10 Monate alt, die übrigen Ende des zweiten Lebensjahres). Die Erkrankungen begannen immer plötzlich und sogleich

als Pneumonien (lobuläre); zuerst an der Lungenbasis. Nach mehr oder weniger langen (tage- bis wochenlangen) fieberfreien Intervallen, in denen auch die physikalischen Erscheinungen verschwunden waren, traten neue Pneumonien auf, allmählich auch die oberen Teile der Lungen befallend. Alle Fälle heilten schließlich vollständig. In 2 Fällen wurden Pneumokokken nachgewiesen. „In den ersten Attaken von Pneumonie und bei den ersten Rezidiven waren die fieberfreien Zeiten lang, große Temperaturschwankungen waren vorhanden, und die Intervalle von normaler Temperatur waren kurz, die Allgemeinerscheinungen heftig, die physikalischen Zeichen deutlich; mit Fortschreiten der Erkrankungen trat das Umgekehrte ein." Die Prognose ist im allgemeinen gut. Vakzinebehandlung wurde in einem Falle versucht; ihr Erfolg ist aber zweifelhaft. Eckhardt.

Chappell and **Brown.** *Respiratory infections in infants wards.* (Infektionen der Atemwege in Kinderabteilungen.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Mai 1914.)

Als Prophylaktikum empfehlen Verff. systematische Ausspülung des Nasenrachenraumes mit Borsäure- und Argyllösungen.

Wachenheim (New York).

Verdauungstraktus.

Holt. *Medical versus surgical treatment of pyloric stenosis in infancy.* (Innere und chirurgische Behandlung der Pylorusstenose.) (Americ. Journ. Med. Assoc., 27. Juni 1914.)

Verf. meint, daß Stenose ohne Spasmus klinisch nicht vorkomme, anderseits deuten persistierende pylorospastische Symptome ziemlich sicher auf organischen Pylorusschluß. In bezug auf die Diagnose ex juvantibus ist es jetzt fast sichergestellt, das typische Stenosen sehr häufig diätetisch und medikamentös erfolgreich behandelt werden. Die Operation ist also erst dann angezeigt, wenn das Gewicht und der allgemeine Zustand trotz regelrechter Behandlung in stetigem Rückgang begriffen sind. Das Risiko ist bei beiden Methoden wahrscheinlich ungefähr gleich; es fällt demnach die Entscheidung beim einzelnen Falle äußerst schwer, doch soll gewiß nicht der chirurgische Eingriff sofort nach Stellung der Diagnose ohneweiters angeraten werden, wie vielerseits empfohlen wird.

Wachenheim (New York).

H. A. Lediard. *Cases of chyliform effusion.* (Brit. Journ. of childr. dis., October 1913.)

In dem ersten der beiden Fälle des Verf. handelt es sich um einen „chyliformen" Erguß ins Abdomen bei einem 18jährigen Patienten, bedingt durch Kompression der Lymphgefäße und Transsudation einer milchigen, Eiweiß (0·6%) und Fett (0·2%) enthaltenden

Flüssigkeit. Die Kompression war, wie die Sektion ergab, bedingt durch große Pakete von zum Teil schon fibrös veränderten tuberkulösen Mesenterialdrüsen; die Krankheit hatte nach der Anamnese wahrscheinlich schon vor 12 Jahren begonnen. Außerdem bestand gegen Ende der Krankheit allgemeine Tuberkulose; der Tod erfolgte durch tuberkulöse Meningitis. Ein zweiter Fall, 18jähriges Mädchen, der auch ad exitum kam, aber nicht obduziert wurde, hatte ebenfalls einen milchigen Erguß, mit 1·2% Eiweiß, Eiterkörperchen und fein emulgiertem Fett; ferner fanden sich zahlreiche Streptokokken. Die Ursache der Transsudation war wahrscheinlich Kompression des Ductus thoracicus durch Lymphadenome bei vorhandener Hodgkinscher Krankheit. Eckhardt.

Milz.

Herrman, Roth und **Bernstein.** *A case of Gauchers disease, in a boy 13 years of age. Splenectomy with recovery.* (Heilung eines Falles von Splenomegalie, Typus Gaucher, durch Splenektomie.) (Arch. of Pediatr., Mai 1914.)

Der Fall ist der 9. operierte und 6. geheilte in der Literatur.

Wachenheim (New York).

Neurologie und Psychiatrie.

Sharp. *Landry's paralysis and its relation to acute epidemic poliomyelitis.* (Verhältnis der Landryschen Paralyse zur Poliomyelitis.) (New York State Journ. of Med., Juni 1914.)

Obgleich gewisse aufsteigende Poliomyelitiden große Ähnlichkeit zur Landryschen Paralyse nachweisen, ist diese, wie ursprünglich beschrieben, doch wahrscheinlich mit jener nicht identisch, da Atrophie und Entartungsreaktion sowie die schweren histologischen Veränderungen des Zentralnervensystems fehlen.

Wachenheim (New York).

Wachstumskrankheiten.

B. Salge. *Die Behandlung der Rachitis.* (Ther. d. Gegenw., 1914, S. 12 u. S. 49.)

Nichts Neues und auch das Alte unvollständig. Orgler.

Auge.

J. R. Sutherland. *A case of corneal ulceration associated with the presence of spirilla and fusiform bacilli.* (Brit. Journ. of childr. dis., December 1913.)

Ein 14jähriges Mädchen kam mit einer 14 Tage vorher entstandenen eitrigen Augenerkrankung in Beobachtung. Beide Korneae mit großen Geschwüren bedeckt; Heilung unter Bildung großer Leukome. Bakteriologisch fanden sich gramnegative Spirillen und fusiforme Bazillen; außerdem Staphylococcus aureus und Xerosebazillen. Da die beiden letzteren (fürs Meerschweinchenauge) nicht virulent waren, glaubt Verf. die Spirillen und die fusiformen Bazillen mit der Erkrankung in Verbindung bringen zu dürfen.

Eckhardt.

Mißbildungen.

Neuhof. *Congenital elevation of the scapula (Sprengels deformity) of familial type.* (Angeborene familiäre Erhöhung des Schulterblattes.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Mai 1914.)

Die Deutung dieser Mißbildung als atavistisch ist nicht recht klar. Das Material ist gut beschrieben und illustriert.

Wachenheim (New York).

Vergiftungen.

Carstens. *Vergiftung mit Phosphor in gelöster Form.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1914, I, S. 719.)

Verf. hatte bei einem 2jährigen Kinde mit leichter Rachitis die gebräuchliche Phosphorlebertranlösung (5 mmg auf 50 g), also eine $^1/_{100}$prozentige Lösung) verschrieben, von welcher täglich eine Dosis von 3 g gebraucht werden sollte. Das Mittel wurde gut vertragen. Weil das Kind das Heilmittel längere Zeit hindurch nehmen sollte, bestellten die Eltern, um das Medikament billiger zu erhalten, das Mittel nachher in einer Drogenhandlung. Durch ein verhängnisvolles Versehen wurde durch diese eine 1%ige statt die vorgeschriebene $^1/_{100}$% Lösung abgeliefert.

Nachdem an 2 aufeinander folgenden Tagen je eine Dosis von 3 g der Lösung genommen war, traten die Intoxikationserscheinungen auf (Leibschmerz nund Erbrechen) und trat den vierten Tag unter Koma der Tod ein (kein Ikterus).

Post mortem wurde in der Leber der für Phosphorvergiftung charakteristische Befund konstatiert. Bei der chemischen Unter

suchung wurde weder in den Geweben noch im Blute oder im Magendarminhalt Phosphor gefunden.

Die in casu eingenommene Menge Phosphor wurde auf etwa 21 mg taxiert. Das Körpergewicht des Kindes betrug 12 kg.

Graanboom.

Schule.

Jens Bugge. *Untersuchungen über Albuminurie, Blutdruck usw. bei Schulkindern.* (Norsk. Mag. for Lägevidenskaben, 1913, Nr. 12.)

Verf. hat in 2 Volksschulen 550 Knaben und 526 Mädchen, die im Alter von 7 bis 16 Jahren standen, untersucht. Morgen- und Tagesurin wurden untersucht, die Menge des Albumens auch bestimmt. Die gefundenen Albuminurien wurden in transistorische, orthotische und nephritische geteilt. Von 1076 Schülern zeigten 160 : 14·9% Albuminurie, von den Knaben 8·9% von den Mädchen 21·1%. Von den Knaben zeigten wieder 4·0% transitorische Albuminurie, 3·5% orthotische, 1·1% nephritische und 0·4% unbestimmbare. Von den Mädchen zeigten 5·1% transitorische Albuminurie, 13·3% orthotische, 1·00% nephritische und 1·7% unbestimmbare Albuminurie. Je älter die Kinder waren, um so häufiger eine Albuminurie. Die Albuminmenge war nie über $^1/_2{}^0/_{00}$.

In den Fällen von transitorischer Albuminurie wurde einmal Zylinderurie gefunden, bei der orthotischen 3mal; bei den Knaben, die an nephritischer Albuminurie litten, wurden immer Zylinder gefunden, bei den Mädchen nicht, hier durch Vaginalepithel vielleicht verdeckt. Die Kinder, die an orthotischer Albuminurie litten, waren häufig anämisch; Zeichen von Tuberkulose, Skrofulose und anderen Infektionskrankheiten zeigten sie nicht häufiger wie andere gesunde Schulkinder. Blutdruck und Herz waren bei den orthotischen Albuminuriekern normal, so auch bei den nephritischen, ganz wie Heubner es bei der „chronischen Pädonephritis" gefunden hat. In 300 Fällen wurde die Wirbelsäule gemessen; bei den orthotischen Albuminuriekern wurde eine Lordose ein wenig häufiger gefunden wie sonst; orthotische Albuminurie ohne Lordose und Lordose ohne orthotische Albuminurie wurde sehr oft gefunden. Schüler, die in eine Position gestellt wurden, die eine ausgesprochene Lordose herbeiführte, zeigten häufig Albuminurie und Zylinderurie, wo früher Albuminurie vorhanden war, wurde die Albuminmenge größer und Zylinderurie trat dazu. Die körperlichen Anstrengungen haben nach dem Verf. ebensoviel zu sagen wie die hervorgebrachte Lordose. Eine große Menge Knaben wurden vor und nach 1 Stunde Gymnastik und ebenso vor und nach 1 Stunde Fußballspielens untersucht. Nach der Gymnastik fand sich bei 21% von gesunden Knaben Albuminurie, oft auch Zylinderurie; ein wenig häufiger bei den lordotischen. Nach Fußballspielen zeigten 10% Albuminurie.

Bei denen, die früher Albumin zeigten, wurde nach Gymnastik die Eiweißmenge größer, häufig war auch Zylinderurie zu finden.

Carl Looft.

Van der Wal. *Untersuchung über Schwerhörigkeit bei Schulkindern in Amsterdam.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1914, I, S. 697.)

Durch eine diesbezügliche Untersuchung bei etwa 7500 Kindern der Volksschule wurde die Häufigkeit und der Grad von Schwerhörigkeit studiert und wurde zugleich dem Einfluß dieses Leidens auf die geistige Entwicklung der Kinder nachgegangen.

Zu den Schwerhörenden wurden die Kinder gerechnet, welche auf eine Entfernung von 6 m, rechts ebenso wie links, das geflüsterte Wort nicht, ohne zu stocken, nachsagen konnten. Bei diesen Kindern wurde nach einer eventuellen Ursache der Schwerhörigkeit gefahndet, und zwar wurde speziell auf Zerumenpfropfe, Adenoide und Erkrankungen des Mittelohres geachtet.

Im ganzen wurden 7433 Kinder untersucht, 89·2% konnten auf 6 m Entfernung beiderseits die Flüsterstimme verstehen. Von den übrigen 10·8% (die Schwerhörenden) war die kleinste Hälfte nur an einer Seite schwerhörend. Bemerkenswert ist, daß bei einer großen Zahl der Kinder die Schwerhörigkeit durch den Lehrer nicht erkannt worden war.

Ein Einfluß der Schwerhörigkeit auf die geistige Entwicklung war deutlich merkbar: während von den normalhörenden Schülern 23% zu den Dummen gehörten, war die Zahl bei den Schwerhörenden 34%.

Auffallend war der günstige Einfluß der Therapie, speziell bei den an Adenoiden leidenden. Während bei diesen Kindern, 184 Ohren, nur etwa 16% eine normale Hörschärfe hatten, war diese Zahl nach der Adenotomie bis 55% gestiegen. Obgleich in geringem Maße, war auch durch die Behandlung der Zerumenpropfe und der Mittelohrerkrankung ein günstiger Einfluß auf die Hörschärfe zu konstatieren.

Van der Wal behauptet demnach, daß für die Schule eine spezialistische Beobachtung und Behandlung dringend notwendig sei.

Graanboom.

Bericht.

Niederländischer Verein für Kinderheilkunde.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1914, I, S. 1019.)

In der Sitzung, welche in Verbindung mit der Pariser Gesellschaft für Kinderheilkunde abgehalten wurde, berichtet:

1. **Scheltema.** Über Koli-cystopyelitis und die dabei gewünschte Alkalizität des Harnes.

Für die Behandlung der sehr hartnäckigen Koli-cystopyelitis soll nach Scheltema nur Erfolg zu erwarten sein, wenn der Harn alkalisch gehalten wird, welches am besten gelingt durch Natr. bicarbon. oder citric.

2. **Haverschmidt.** Alimentäre und nichtalimentäre Ursachen der Verdauungsstörungen beim Säuglinge.

3. **Nobécourt** (Peris). Azotämie beim Säuglinge.

Durch Nobécourt wird Azotämie der Zustand genannt, in welchem sich im Blute so wie in der Zerebrospinalflüssigkeit ein Übermaß von Stickstoff befindet. Dies entsteht im Säuglingsalter nicht durch ungenügende Ausscheidung durch die Nieren, sondern vielmehr durch eine übermäßige Bildung von Stickstoff am zugrundegegangenen Muskelgewebe.

Die Azotämie ist bei den akuten Verdauungsstörungen sowie bei den akuten Erkrankungen der oberen Luftwege von schlechter prognostischer Bedeutung.

4. **Babonneix** (Paris). Syphilis hereditaria und Gehirnleiden bei Kindern.

Die Syphilis hereditaria spielt eine große Rolle in der Ätiologie derjenigen Gehirnerkrankungen des Kindes, welche teils periodisch, so wie Epilepsie und Krämpfe, teils mehr andauernd sind, so wie halbseitige spastische Paralyse, doppelseitige spastische Paralyse (Littlesche Krankheit), Athetose, Chorea und Störungen des Intellektes, welch letztere öfter von einem bestimmten Typus sind (meningitisch, mongoloid oder hydrozephal). Porenzephalie und Gehirnsklerose sind nur selten, Mikrozephalie und Hernia des Gehirns dagegen öfters Folge von hereditärer Syphilis. In vielen Fällen sind noch andere Erscheinungen vorhanden, wie Exostosen, Hautgummata, Keratitis, Partus prematurus der Mutter usw., welche für die luetische Natur des Leidens sprechen. Die syphilitische Ätiologie findet noch weitere Stütze in der anatomischen (Endarteriitis syphilitica), der bakteriologischen (oft gelingt es, Triponemen zu finden) und in der serologischen Untersuchung (positive Wassermann), sowie in dem günstigen Erfolge einer spezifischen Therapie mit Quecksilber und Jodkalium.

5. **van der Heide.** Geschwulst der Glandula pinealis s. Epiphysis cerebri.

Van der Heide berichtet über folgenden Fall: 3jähriger Knabe, Körpergewicht 21·5, Länge 104 cm, Scheitelumfang 64 cm; große Fontanelle nicht geschlossen; Rachitis am Skelett; kann nicht stehen infolge zerebraler spastischer Lähmung. Im Alter von $1^1/_2$ Jahren haben sich die Geschlechtsorgane außerordentlich schnell entwickelt, so daß sie jetzt die Größe erreicht haben, wie die eines Knaben von 15 bis 16 Jahren (behaarte Mons Veneris, Erektion ohne Ejakulation); die Stimme ist die eines Erwachsenen. Bezüglich seines Alters ist der Knabe geistig etwas zurückgeblieben. Bei der Röntgenuntersuchung konnte eine walnußgroße Geschwulst oberhalb der Sella turcica konstatiert werden, welche nach Heide ein Teratom der Glandula pinealis sein soll.

6. **Stheeman.** Masern beim Säugling.

Stheeman berichtet über eine kleine Hausepidemie von Masern, beobachtet bei 7 Säuglingen im Alter von 4 bis 7 Monaten, im Säuglingssaal des Kinderkrankenhauses.

7. **Gorter.** Pathogenese des Ikterus neonatorum.

Zur Lösung der Frage, ob der Ikterus neonatorum hämolytischer Natur sei, sind von Gorter in einigen Fällen serologische Untersuchungen angestellt worden. Dabei hat sich ergeben, daß der Widerstand der Erythrozyten nicht vermindert ist und daß im Serum weder freie Hämolysine noch freies Hämoglobin anwesend ist. Aus der chemischen sowie aus der spektroskopischen Untersuchung konnte aber die Anwesenheit von Bilirubin und von Lutein konstatiert werden.

8. **Huet.** Hygiama lactogène (ausführlicher mitgeteilt in Ned. Tydschr. v. geneesk., 1914, Bd. I, S. 1353).

Bei 4 Frauen wurde der Einfluß von Hygiama lactogene auf die Milchsekretion studiert. Als Milchquantum wurde nicht nur die Menge, welche der Säugling trinkt, gerechnet, sondern zu dieser wurde noch zugefügt diejenige, welche nach dem Trinken noch aus der Brustdrüse gedrückt werden konnte. Ein günstiger Einfluß des Laktagogon auf die quantitative Milchabsonderung konnte nicht konstatiert werden.

9. **Hallé** (Paris). Branchiome der Haut.

Hallé demonstriert die Photographie eines Mädchens, welches, in einer Linie, vom rechten Ohr bis zum Manubrium Sterni, warzenähnliche Erhebungen der Haut zeigt, von dermoidem Bau, die meisten mit zentral gelagerter Fistelöffnung und welche sich wahrscheinlich aus der ersten Keimspalte entwickelt haben.

10. **Nobécourt** (Paris). Die Ausscheidung des Salizylnatriums durch den Harn bei Kindern. Es wurde den Kindern $^1/_{40}$ Gramm pro Kilogramm Körpergewicht verabreicht. Es zeigte sich nun, daß das Mittel schon $^1/_2$ Stunde nach der Verarbreichung im Urin anwesend war, während die Ausscheidung im ganzen 18 bis 26 Stunden dauerte. Je jünger das Kind, desto schneller war die Ausscheidung beendet. Auf die Menge des ausgeschiedenen Harnes war, ebensowenig wie auf die des ausgeschiedenen Stickstoffes, ein Einfluß zu konstatieren. Bei Nephritis mit Hydrops zeigte sich die Ausscheidung etwas verzögert.

11. **Tixier** (Paris). Die Wassermannsche Reaktion bei Kindern mit hereditärer Syphilis. Auf Grund seiner Beobachtung an Kranken kommt Tixier zu dem Schluß, daß für die Diagnose nur ein positiver Befund Bedeutung hat; aus einem negativen Ergebnis darf kein Schluß gezogen werden. Die Reaktion ist manchmal unmittelbar nach der Geburt bereits positiv; in den meisten Fällen aber ist sie im Anfang sehr schwach, um nachher allmählich intensiver zu werden. Seine Beobachtungen haben weiter ergeben, daß die Gesetze von Colle und von Profeta ihre Erklärung nicht in bestehender Immunität finden, sondern in dem Vorhandensein einer abgeschwächten latenten Infektion.

Was die Therapie anbetrifft, so hat sich die Salvarsanbehandlung als sehr erfolgreich erwiesen. Sie wurde in den Fällen angewendet, in welchen die Quecksilberbehandlung ohne Erfolg blieb.

Als Prophylaktikum sei die intravenöse Salvarsanbehandlung der syphilitischen Mutter während der Schwangerschaft empfehlenswert.

12. **Païseau** (Paris). Septicaemische Hautinfektion bei Kindern.

Païseau berichtet über einen Krankheitsfall, bei einem 6 Monate alten Mädchen, das an impetiginösem Ekzem des Gesichtes litt. Nach Erscheinungen heftiger Allgemeininfektion (u. A. Temperatur 43° C), trat allmählich Heilung ein, sobald sich ein Abzeß in der Bauchwand entwickelt hatte (Abscès de fixation); in dem Eiter wurde Staphylokokkus aureus gefunden.

13. **Scheltema** demonstriert Photographien einiger Krankheitsfälle von Pneumokokkenmeningitis, Myxödem, Paralysis pseudohypertrophica, Pylorospasmus, Hirschsprungsche Krankheit und Hydrozephalus.

Graanboom.

Ergänzende Literaturübersicht.

Allgemeines.

Erich Ebstein. Über die ersten Auflagen von Glissons „De Rachitide". Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 69.

La Fetra. The importance of pediatrics as a special study. (Die Kinderheilkunde als selbständige Disziplin.) Southern Med. Journ., März 1914. Wachenheim (New York).

R. Jemma. Prolusione al corso di Clinica pediatrica nella R. Università di Napoli. (Eröffnungsrede zum Pediatriekursus in der Königlichen Universität Neapel.) La Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 5.

Legrand Kerr. Convalescing children. A commonly neglected phase in their treatment. (Kinder in der Konvaleszenz. Eine gewöhnlich vernachlässigte Phase in ihrer Behandlung.) New York med. Journ., 1913, Bd. XCVII, S. 820.

O. Reinach. Kasuistik aus der Pathologie des Säuglingsalters. Zeitschrift f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 81.

Rhodes. A plea for more interest in pediatrics. (Mehr Interesse für Kinderheilkunde.) Georgia Med. Assoc. Journ., Februar 1914. Wachenheim (New York).

Southworth. Observations on the child of to day. (Das Kind der Gegenwart.) New York Med. Journ., 8. Mai 1914.

Trawick. Heredity and child welfare. (Heredität und Kinderwohlfahrt.) Kentucky Med. Journ., 15. April 1914.

Erich Wulffen. Das Kind, sein Wesen und seine Entartung. Berlin, P. Langenscheidt, 1913.

Anatomie und Histologie.

Ludwig Hofbauer. Die klinische Bedeutung der Thoraxsenkung. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 2127.

Mathilde Lateiner-Mayerhofer. Histologische und zytologische Untersuchungen am Knochenmarke des Säuglings. Zeitschr. f. Kinderheilkunde, 1914, Bd. X, S. 152.

Sh. Matzumoto. Ein Beitrag zur Histologie der kongenitalen Schleimhautzysten an der Raphe. Dermatolog. Wochenschr., 1913, Bd. LVII, S. 1171.

Physiologie und allgemeine Pathologie.

William H. F. Addison und **Harold W. How.** On the prenatal and neonatal lung. (Die Lunge beim Fötus und beim Neugeborenen.) Amer. Journ. of Anat., 1913, Bd. XV, S. 199.

Henry Dwight Chapin. Radiographic studies of the gastro-intestinal tract in infants. (Radiographische Studien des Magendarmkanals beim Säugling.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 1419.

Erich Conradi. Zur Morphologie des Blutes unter dem Einflusse des Seeklimas. Fol. haematol. Arch., 1913, Bd. XVII, S. 105.

Heinrich Davidsohn. Beitrag zur Magenverdauung des Säuglings. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 470.

Emil Flusser. Untersuchungen über die Gerinnbarkeit des Blutes in den ersten Lebenswochen. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913. Bd. XII, S. 705.

Giuseppe Fossati. Le ghiandole sudoripare dei feti nati da albuminuriche e da eclampsiche. (Die Schweißdrüsen bei Föten, die von albuminurischen und eklamptischen Müttern stammen.) Ann. di obstetr. et ginecol., 1913, Bd. II, S. 513.

Alfredo Gismondi. Intorno al contenuto adrenalinico del sangue dei bambini. (Der Adrenalingehalt des Blutes bei Kindern.) Riv. di clin. pediatr., 1913, Bd. XI, S. 833.

Hahn. Castric digestion in infants. (Magenverdauung bei Säuglingen.) Amer. Journ. Dis. Children, April 1914.
Wachenheim (New York).

Alfred F. Hess. The gastric secretion of infants at birth. (Die Magensaftsekretion neugeborener Kinder nach der Geburt.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 264.

R. Hess und **S. Gordin.** Plethysmographische Untersuchungen an gesunden und kranken Kindern. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 353.

Armin Katzenberger. Puls und Blutdruck bei gesunden Kindern. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 167.

G. Kimplin. Loi de la croissance physique pendant d'enfance et l'adolescence. (Die Gesetze des physischen Wachstums beim Kinde und beim Jugendlichen.) Acad. des scienc., Paris, 16. März 1914.

N. Krasnogorski. On the fundamental mechanisms of the activity of the cerebral cortex in children. (Über die wesentlichsten Mechanismen der Tätigkeit der Hirnrinde bei Kindern.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 194.

Ladd. Influence of the alkalies on the gastric motility. (Einfluß der Alkalien auf die Magenmotilität.) Boston Med. and Surg. Journ., 2. April 1914. Wachenheim (New York).

Maynard Ladd. The influence of variations of diet upon gastric motility in infants. (Der Einfluß variierter Nahrung auf die Motilität des Magens bei Kindern.) Arch. of Pediatr., 1913, Bd. XXX, S. 740.

Maurice de Laet. Etude sur quelques phases du développement de la muqueuse gastrique. (Studien über einige Entwicklungsphasen der Magenschleimhaut.) Arch. de biol., 1914, Bd. XXIX, S. 353.

A. A. Makower. Untersuchungen über Wachstum. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1914, Bd. XXVII, S. 97.

Charles C. Mapes. Infantile Menstruation. (Infantile Menstruation.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 24.

Friedrich Martius. Konstitution und Vererbung in ihren Beziehungen zur Pathologie. (Enzyklopädie der klinischen Medizin.) Berlin, 1914, Springer.

Erich Nirrnheim. Der normale Blutdruck im Kindesalter. Monatsschrift f. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 20.

C. Parhon und **Marie Parhon.** Untersuchungen über die Abderhaldensche Reaktion mit der Brustdrüse bei graviden und stillenden Frauen. 2. rumän. Kongreß f. Med. und Chir. in Bukarest, 1914.

John Philipps. The causes of continued fever in children. (Die Ursachen des chronischen Fiebers bei Kindern.) Cleveland med. Journ., 1913, Bd. XII, S. 598.

Goldfrey R. Pisek and **Léon Theodore Le Wald.** The further study of the anatomy and phisiology of the infant stomach based on serial roentgenograms. (Weitere Studien über Anatomie und Physiologie des kindlichen Magens nach Serienröntgenogrammen.) Amer. Journ. of Dis. of Childr., 1913, Bd. VI, S. 232.

Egon Rach. Über die Vorzüge der rechten Seitenlage bei der radiologischen Untersuchung des Säuglingsmagens. Zeitschr. f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. IX, S. 116.

Alex Schackwitz. Wasserstoffionenkonzentration im Ausgeheberten des Säuglingsmagens. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 73.

James Warren Sever. The position of the stomach in children. (Lage des Magens bei Kindern.) Arch. of Pediatrics., 1914, Bd. XXXI, S. 38.

Ernst Stettner. Untersuchungen (mit Hilfe der Weichardtschen Reaktion) über die Beeinflussung der Katalysatorentätigkeit des Blutes und von Gewebeflüssigkeiten im Kindesalter. Zeitsch. f. d. ges. Med., 1913, Bd. II, S. 219.

Reinhard von den Velden. Die Blutgerinnung nach parenteraler Zufuhr von Eiweißkörpern. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1914, Bd. CXIV, S. 298.

Hans Vogt und **Gotthard Zacharias.** Spirometrische Untersuchungen über die Atmung von Kindern bei abnormen mechanischen Bedingungen. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 586.

Wilh. Wernstedt. Die pylorale Endpartie oder das Pylorusmundstück des Säuglings- und Affenmagens. Arch. f. Anat. u. Physiol., anat. Abt., 1913, Suppl.-Bd. XCVII.

Allgemeine Diagnostik.

Alfredo Gismondi. Li fenomeno di Aschner nell' età infantile. (Das Aschnersche Phänomen im Kindesalter.) Riv. di clin. Pediatr., 1914, Bd. XII, S. 103.

Gray, Some general and special points in diagnosing in infants and children. (Spezielle diagnostische Punkte bei Kindern.) New Jersey Med. Soc. Journ., Dezember 1913.
Wachenheim (New York).

T. Ishiguro. Über orale, axillare, inguinale, rektale Temperaturmessungen am Kinde. Dissert., München, 1913.

Max Klotz. Die Kutanreaktion im Kindesalter. Schmidts Jahrbücher, 1913, Bd. CCCXVIII, S. 344.

Pironneau. Le thorax en entonnoir chez les nourrissons. (Tonnenform des Thorax beim Säuglinge.) La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 1.

Egon Rach. Über die radiologische Diagnose endothorakaler Senkungsabszesse bei Kindern. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 401.

Sheffield. Diagnostic pitfalls in pediatrics. (Fehldiagnosen in der Kinderheilkunde.) Arch. of Diagnosis, Jänner 1914.

Max Stoltz. Die vaginale Untersuchung der Kinder. Zentralbl. f. Gynäkol., 1913, Bd. XXXVII, S. 1534.

Pharmakologie und Toxikologie.

E. Ausset. L'action du pantopon en thérapeutique infantile et particulièrement dans les spasmes laryngés de diverses natures. (Die Wirkung des Pantopons in der Kindertherapie und hauptsächlich bei den Larynxspasmen verschiedener Natur.) Méd. infant., 1913, Bd. XXI, S. 185.

Duranton. La cure de Vichy et les maladies des enfants. (Kur in Vichy und Kinderkrankheiten.) Gaz. méd. de Nantes, 1914, Bd. XXXII, S. 301.

Engel. Über die Dosierung von Arzneimitteln im Kindesalter. Therap. d. Gegenw., 1914, Bd. LV, S. 205.

Emil Fronz. Die Balneotherapie im Kindesalter. Wiener med. Wochenschrift, 1913, Bd. LXIII, S. 3137.

H. Goldschmidt. Erfahrungen mit Protylin in der Kinderpraxis. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 915.

Hecker. Klimatotherapie im Kindesalter. Einleitende Worte zu einer Aussprache über dieses Thema in der Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therap., 1914, Bd. XVIII, S. 1.

Kurt Kayer. Die Bedeutung der Kalksalze für die Therapie innerer Krankheiten. Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 2289.

Krone. Die Bedeutung der Balneotherapie in der Kinderpraxis. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 855.

E. Lesné. Le sérum continu intrarectal en médicine infantile. (Intrarektale Dauerinfusionen bei Kindern.) Ann. de méd. et chirurg. infant., 1914, Bd. XVIII, S. 22.

G. Mogwitz. Über das Verhalten des sympathischen Nervensystems des Säuglings gegenüber dem Adrenalin. Monatsschr. f. Kinderheilkunde, 1914, Bd. XIII, S. 1.

D'Oelsnitz. Posologie de l'héliothérapie marine. Arch. de Méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 481.

Péhu et **Pillon.** Sur la valeur curatrice des injections de térébenthine chez les enfants. (Der therapeutische Wert von Terpentininjektionen bei Kindern.) Lyon méd., 1914, Bd. CXXI, S. 941.

Erwin Popper. Über die Verwendung des Papaverins in der Kinderbehandlung. Wiener klin. Wochenschr., 1914, Bd. XXVII, S. 361.

H. Schmidt. Tannismut in der Kinderpraxis. Klin.-therap. Wochenschrift, 1913, Bd. XX, S. 1343.

Smith. Organized cooperation in infant welfare work. (Organisierte Säuglingspflege.) Arch. of Pediatr., Juni 1914.

Weston. What we may do for the infant and child. (Kinderpflege.) South Carolina Med. Assoc. Journ., April 1914.

Wachenheim (New York).

Bakteriologie.

O. Hartoch, W. Schürmann und **O. Stiner.** Über die Einwirkung des ultravioletten Lichtes auf das Diphtherietoxin. Zeitschr. f. Immunitätsforschung und exper. Therap., 1914, Bd. XXI, S. 643.

Michio Kasahara. Über eine neue Methode zur Virulenzprüfung der Eitererreger mittels intrakutaner Impfung. Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh., 1914, Bd. LXXII, S. 540.

Martel, Tanon und **Chrétien.** L'agglutination du „Micrococcus melitensis" par le sérum des chèvres indique-t-elle que ces animaux sont atteints de fièvre de Malte et que leur lait est capable de transmettre cette maladie? (Zeigt die Agglutination des „Micrococcus melitensis" durch das Serum von Ziegen an, daß diese Tiere an Maltafieber leiden und daß ihre Milch diese Krankheit übertragen könnte?) Presse méd., 1913, S. 685.

Serologie und Immunitätslehre.

Fritz Cuno. Primäre Anaphylaxie bei wiederholter Diphtherieheilseruminjektion. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 1017.

W. P. Larson and **J. P. Sedgwick.** The complement fixation reaction of the blood of children and infants using the bacillus abortus as antigen. (Die Komplementbindung gegenüber dem Bacillus abortus bei Kindern und Säuglingen.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 326.

H. Méry. Accidents du sérum et sérophobie. (Serumschäden und Serumfurcht.) Paris Méd., 1913, S. 12.

R. H. Major und **Edmund Nobel.** Über die Empfindlichkeit der kindlichen Haut gegenüber Dysenterietoxin und Tuberkulin. Zeitschrift f. d. ges. exper. Med., 1913, Bd. II, S. 9.

Miller. Kopliks spots on the tonsils of a child, found to be anaphylactic to egg-albumin. (Koplikssche Flecken auf den Rachenmandeln bei Hühnereiweißanaphylaxie.) Bull. Johns Hopkins Hospital, März 1914. Wachenheim (New York).

David Murray Cowie. Studies on the incubation period. Nr. I. Serum disease. (Studien über Inkubationsperioden. Nr. 1. Serumkrankheit.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1914, Bd. VII, S. 253.

Arnold Netter. Un cas de myélite aigue diffuse, guérie par les injections intrarachidiennes de sérum de sujets antérieurement atteints de paralysie infantile, Sérothérapie de la poliomyelite antérieure. (Ein Fall von akuter diffuser Myelitis, geheilt durch intraspinale Injektionen des Serums früher an Kinderlähmung erkrankt gewesener Individuen. Serotherapie der Poliomyelitis anterior.) Bull. de l'acad. de méd., 1914, Bd. LXXVIII, S. 525.

B. Weill-Hallé. L'anaphylaxie lactée. (Anaphylaxie gegen Milch.) Le Nourrisson, 1914, Bd. II, S. 75.

Entwicklung und Sprache.

W. v. Bechterew. Über die biologische Entwicklung der menschlichen Sprache. Fol. neuro-biol., 1913, Bd. VII, S. 595.

Charnley. The conditions and treatment of stuttering. (Zustände und Behandlung des Stotterns.) Boston Med. and Surg. Journ., 4. Dezember 1913. Wachenheim (New York).

André Collin. Le développement de l'enfant. (Entwicklung des Kindes.) Paris, 1914; O. Doin et fils édit.

Ilse Hauser-Exner. Die Entwicklung eines Zwillingspaares im ersten Lebensjahr. Blätter für Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. V, S. 161.

Hernot. Nouvelle méthode d'éducation physique de l'enfant. (Eine neue Methode physischer Kindererziehung.) Bull. de l'acad. de méd., 1913, Bd. LXX, S. 329.

Hudson-Makuen. The demonstration of defects of speech. (Nachweis der Sprachdefekte.) Pennsylvania Med. Journ., Jänner 1914. Wachenheim (New York).

Mangold. Die Fürsorge für stammelnde und stotternde Kinder, namentlich bei der Landbevölkerung. Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw., 1913, Bd. XLVI, S. 392.

Phoebe M. van Voast. Amusements en rapport avec le développement de l'enfant. (Unterhaltungen in Beziehung zur Entwicklung des Kindes.) Enfance, 1914, Bd. II, S. 121.

J. B. Wallace Wallin. The relation of oral hygiene to efficient mentation in backward children. (Die Beziehung der Mundpflege zur geistigen Entwicklung zurückgebliebener Kinder.) Child., 1913, Bd. IV, S. 27.

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

Abt. Classification of the gastro-intestinal diseases of infancy. (Einteilung der Magendarmkrankheiten des Säuglingsalters.) Lancet-clinic, 7. März 1914. Wachenheim (New York).

Donald B. Armstrong. The house-fly and diarrheal disease among children. (Die Hausfliege und diarrhoische Erkrankungen bei Kindern.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1914, Bd. LXII, S. 200.

Hans Bahrdt. Ernährungsversuche mit Friedenthalscher Milch. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 303.

Heinrich Barth. Untersuchungen zur Physiologie des Saugens bei normalen und pathologischen Brustkindern. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 129.

Georges Béchamp. Contribution à l'étude de l'auto-intoxication d'origine intestinale. (Beitrag zum Studium der Autointoxikation intestinalen Ursprungs.) Thèse de Paris, 1913.

Carl Beck. Kaseinkalziummilch bei Ernährungsstörungen der Säuglinge. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 149.

Arnold Benfey. Aus dem Gebiete der Pädiatrie. Neuere Arbeiten zur Ernährungstherapie des Säuglings. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 1817.

Erich Benjamin. Der Eiweißnährschaden des Säuglings. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 185.

Siegfried Bernhard. Osmotischer Druck und Eiweißgehalt des Blutes alimentär intoxizierter Säuglinge. Dissert., Leipzig, 1913.

Heinz Bertlich. Poliklinische Erfahrungen mit Larosan. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 338.

D. de Blasi e **G. Sampietro.** B. coli o simili nelle diarree infantili e suo potere immunizzatorio. (B. coli und verwandte Gruppe bei den Säuglingsdiarrhöen und ihre immunisatorische Fähigkeit.) Ann. d'ig. sperim., 1913, Bd. XXIII, S. 485.

E. Bonn. Ungewöhnliche Laktation. Berliner tierärztl. Wochenschr., 1913, Bd. XXIX, S. 217.

Henry I. Bowditch and **A. W. Bosworth.** Casein in infant feeding. Experiments in exact percentages. (Kasein in der Säuglingsnahrung. Experimentelle für exakte prozentuelle Dosierung.) Amer. Journ. of Dis. of Childr., 1913, Bd. VI, S. 394.

Wilhelm Braams. Die Anforderungen an die Amme im klassischen Altertum. Dissert., Jena, 1913 (G. Fischer).

M. J. Breitmann. Eine neue Methode der Emulsionsbereitung für die Behandlung der Magendarmaffektionen der Kinder. Therapeut. Monatsh., 1914, Bd. XXVIII, S. 177.

Ch. Brodsky. Beobachtungen über die Laktation der Ammen. Arch. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 161.

Brumund. Die Ursachen der hohen Sommersterblichkeit im Jahre 1911 im Regierungsbezirk Magdeburg. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1913, Bd. V, S. 201, 260, 352, 407.

Chambrelent. De la mortalité suivant le sexe, par diarrhée infantile, de 0 à 2 ans. (Die Sterblichkeit an Durchfall von der Geburt bis zu zwei Jahren in bezug auf das Geschlecht.) Gazz. hebdom. des sciences med. de Bordeaux, 1913, Bd. XXXIV, S. 547.

Edred M. Corner. Alimentary toxaemia. (Alimentäre Toxämie.) Internat. clin., 1913, Bd. III, S. 201.

Engel. Mastkuren im Kindesalter. Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 397.

Alois Epstein. Über den Sommerdurchfall des Säuglings und seine Ursachen. Beih. z. med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 241.

Stewart W. Ferguson. Chronic intestinal indigestion in childhood. (Chronische Verdauungsstörung im Kindesalter.) Austral. med. Journ., 1913, Bd. II, S. 1237.

H. Finkelstein. Über Atrophie und Cholera infantum. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1914, Bd. XI, S. 101.

Hans Friedenthal. Über Säuglingsernährung nach physiologischen Grundsätzen mit Friedenthalscher Kindermilch und Gemüsepulvern. Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 727.

Fulton. Modern methods of infant feeding. (Moderne Methoden der Säuglingsernährung.) Kentucky Med. Journ., 1. Februar 1914. Wachenheim (New York).

Casimir Funk. Diät und diätetische Behandlung vom Standpunkte der Vitaminlehre. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 2614.

Ernesto Gaing. Las enfermedades gastro-intestinales y troficas del nino en su primera edad. (Gastrointestinale und Ernährungsstörungen im frühesten Kindesalter.) Semana méd., 1914, S. 100.

Gannon. Whole milk dilutions in feeding normal infants. (Vollmilchverdünnungen bei der Ernährung normaler Säuglinge.) Washington Med. Annals, Jänner, 1914. Wachenheim (New York).

Giacinto Gatti. Intolérance pour le lait à la suite des diverses affections des voies digestives de la première enfance. (Intoleranz gegen Milch infolge der verschiedenen Verdauungsstörungen der ersten Kindheit.) Pédiatr. prat., 1914, Bd. XII, S. 192.

René Gaultier. L'examen des garde-robes de nourrissons. Indications diagnostiques et diététiques. (Stuhluntersuchung beim Säugling. Diagnostische und diätetische Indikationen.) Paris Med., 1914, Bd. IV, S. 141.

Alfredo Gismondi. Intorno alla questione degli zuccheri nell' alimentazione del lattante. (Beitrag zur Frage der verschiedenen Zuckerarten in der Säuglingsnährung.) Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 241.

Theodor Goett. Nährschaden durch psychogene Perseveranz auf Milchkost bis zum 13. Lebensjahr. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 457.

Grandjean. Deux cas d'hypotrophie dus a l'hypoalimentation avec dilatation de l'estomac chez deux nourrissons traités avec succès par le lait hypersucré. (2 Fälle von Hypostrophie durch Bluternährung mit Magenerweiterung bei zwei Säuglingen. Erfolgreiche Behandlung mit übermäßig gezuckerter Milch.) La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 240.

Benno Grünfelder. Die Beeinflussung der Magensaftsekretion durch Infektion und deren Folgen auf die Magendarmstörungen des Säuglings. Zeitschr. f. exper. Pathol., 1914, Bd. XVI, S. 141.

Germano Guidi. Terapia alimentare col latte al Larosan. (Alimentäre Therapie mit Larosanmilch.) Gazz. internaz. di med.-chirurg., 1913, Bd. XXII, S. 1068.

Chas. C. Haskell. The comparative value of various sugars in the feeding of infants. (Der Wert der verschiedenen Zuckerarten in der Säuglingsnahrung.) Arch. of Pediatr., 1913, Bd. XXX, S. 572.

W. B. Haubridge. Infant feeding with undiluted cows milk. (Säuglingsernährung mit Vollmilch.) Med. rev. of rev., 1913, Bd. XIX, S. 420.

Heese. The clinical significance of the stools of infancy and childhood. (Klinische Bedeutung der Stühle im Kindesalter.) Georgia Med. Assoc. Journ., Februar, 1914. Wachenheim (New York).

Georg Hirsch. Beiträge zur Stillungsnot. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1914, Bd. XXXIX, S. 64.

B. Raymond Hoobler. A simple method of preparing albumin milk. (Einfache Methode zur Bereitung der Eiweißmilch.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 174.

Rud. Th. Jaschke. Neue Beiträge zur Physiologie und Technik der natürlichen Ernährung des Neugeborenen. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1913, Bd. LXXIV, S. 494.

Eleanor C. Jones. Breast feeding. (Ernährung an der Brust.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 24.

P. Lavialle. Action de la chaleur sur la saccharose en solution dans le lait de vache. (Wirkung der Hitze auf die in Kuhmilch aufgelöste Saccharose.) La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 167.

Jerome S. Leopold. Experiences with whey modified milk in infant feeding. (Erfahrungen in der Säuglingsernährung mit molkenadaptierter Milch.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXI, S. 20.

W. F. Lichtfield. The prevention and treatment of summer diarrhoea. (Verhütung und Behandlung der Sommerdiarrhöe.) Australes. med. gaz., 1914, Bd. XXXV, S. 269.

Edwin A. Locke. The nutrition of anemic and tuberculous children. (Die Ernährung von anämischen und tuberkulösen Kindern.) Boston Med. and Surg. Journ., 1913, Bd. CLXIX, S. 701.

Locke. The nutrition of anaemic an tuberculous children. (Die Ernährung anämischer und tuberkulöser Kinder.) Boston Med. and Surg. Journ., 13. November 1913.
Wachenheim (New York).

Loeper. A propos des effects sédatifs du sucre dans les dyspepsies infantiles avec intolérance gastrique chez les nourrissons. (Zur Frage des beruhigenden Einflusses des Zuckers bei Säuglings-

dyspepsie mit Magenintoleranz.) Clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 609.

W. R. Logan. The intestinal flora of infants and young children. (Die Darmflora bei Säuglingen und jungen Kindern.) Journ. of pathol. and bacteriol., 1914, Bd. XVIII, S. 527.

Lowenburg. The etiology and treatment of infantile wasting. (Ursache und Behandlung der Säuglingsatrophie.) New York Med. Journ., 21. März 1914. Wachenheim (New York).

Gaston Lyon. Traitement de la constipation chez les enfants. (Behandlung der Obstipation bei Kindern.) Clin., 1913, Bd. VIII, S. 583.

Luigi Mangiagalli. Allattamento. (Stillen.) Arte ostetr., 1913, Bd. XXVII, S. 205.

P. Mazé et **Auguste Pettit.** Sur l'alimentation lactée du lapin. (Über die Milchernährung des Kaninchens.) Cpt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol., 1914, Bd. LXXVI, S. 653.

John Lovett Morse. Nourriture des enfants: ce que l'on en pense et ce que l'on enseigne à de sujet à Boston. (Wie man in Boston über Säuglingsernährung denkt und was darüber gelehrt wird.) Enfance, 1913, Bd. I, S. 667.

Fritz Naf. Beobachtungen über Eiweißmilch. Thèse de Zurich, 1913.

Neff. The feeding of the sick infant. (Ernährung des kranken Säuglings.) Lancet-clinic, 7. März 1914. Wachenheim (New York).

Nobécourt. Traitement des troubles digestifs des nourrissons. (Behandlung der Verdauungsstörungen beim Säugling.) Clin. (Paris), 1913, Bd. VIII, S. 818.

Nobécourt et **Darré.** Alimentation du nourrisson. (Säuglingsernährung.) Ann. de méd. et chir. infant., 1914, Bd. XVIII, S. 297 und 342.

Léon Oswald. Die Säuglingsernährung in der Züricher Bevölkerung an Hand von 200 Fällen aus der Poliklinik des Kinderspitales Zürich. Dissertation, Zürich, 1913.

Dante Pacchioni. Considérations critiques sur les états du nourrisson désignés sous le nom de troubles de la nutrition. (Kritische Betrachtungen über den unter dem Namen Verdauungsstörungen bekannten Zustand der Säuglinge.) Le Nourrisson, 1914, Bd. II, S. 98.

Pironneau. La contagiosité de la diarrhée des nourrissons expériences nouvelles de M. Metchnikoff. (Infektiosität der Säuglingsdiarrhöe; neue Erfahrungen von Metchnikoff.) La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 198.

Pisek. Infant feeding from a new view point. (Die Säuglingsernährung von einem neuen Gesichtspunkte.) New York State Journ. of Med., Jänner, 1914. Wachenheim (New York).

F. J. Poynton, R. R. Armstrong und **D. N. Nabarro.** A contribution to the study of a group of cases of chronic recurrent diarrhoea in childhood. (Ein Beitrag zum Studium einer Gruppe von chronischen rekurrierenden Durchfällen des Kindesalters.) Proceed of the roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VII, S. 10; Brit. Journ. of Child. dis., 1914, Bd. XI, S. 193.

Eric Pritchard. Common errors in the treatment and diagnosis of dietetic disorders in infants. (Häufige Irrtümer bei Behandlung und Diagnose von Ernährungsstörungen bei Säuglingen.) Lancet, 1914, Bd. CLXXXVI, S. 1382.

— Dried milk in infant feeding. (Trockenmilch in der Säuglingsernährung.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 300.

Marcel Prunier. L'hypoalimentation chez le nourrisson. (Unterernährung beim Säugling.) La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 136.

R. W. Raudnitz. Die Anzeigen der Nährbehandlung bei Säuglingen. Prager med. Wochenschr., 1914, Bd. XXXIX, S. 13 und 41.

Julien Roshem. Les nourrices au XVI. siècle. Comment on les choisissait. Leur hygiène. (Die Ammen im 16. Jahrhundert, ihre Auswahl und Hygiene.) Paris méd., 1913, Bd. IV, S. 29.

Rousseau-Saint-Philippe. Des remar quables effets de l'ipéca à toutes petites doses dans certains troubles digestifs tenaces de l'enfance. (Auffallender Einfluß des Ipecacuanas in ganz kleinen Dosen bei gewissen hartnäckigen Verdauungsstörungen der Kinder.) Acad. de méd., 25. März 1913.

Rulison. Some observations on infant feeding. (Bemerkungen über die Säuglingsernährung.) New York State Journ. of Med., Dezember, 1913. Wachenheim (New York).

S. Samelson. Über mangelnde Gewichtszunahme bei jungen Brustkindern. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 19.

H. Schelble. Über die Ernährungsstörungen der Säuglinge. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 1114.

J. C. Schippers. Zur sogenannten Rumination im Säuglingsalter. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 92.

W. Frederick Schultz. The dangers of carbohydrate over-feeding, especially with the starches. (Die Gefahren der Kohlehyrdatüberfütterung, speziell mit Mehlen.) Journ.-lancet, 1914, Bd. XXXIV, S. 178.

Schwartz. The bacillus lactis bulgaricus in infantile gastro-enteritis. (Anwendung des Bazillus bulgaricus bei Gastroenteritis der Säuglinge.) Med. Record, 24. Jänner 1914.
Wachenheim (New York).

Julien Silvestre. Sémiologie et traitement des vomissements du nourrisson (Symptomatologie und Behandlung des Erbrechens beim Säugling.) Thèse des Paris, 1913, Nr. 265.

Richard M. Smith. The acute diarrheas of infants. (Akute Diarrhöe beim Säugling.) Interstate med. Journ., 1913, Bd. XX, S. 805.

Talbot. The wetnurse problem. (Das Ammenproblem.) Boston Med. and Surg. Journ., 20. November 1913.
Wachenheim (New York).

V. Tedeschi. Lo stato attuale delle questioni relative alle anomalie di nutrizione del lattante. (Der heutige Zustand der Lehre von den Enährungsstörungen des Säuglings.) Riv. di clin. pediatr., 1914, Bd. XII, S. 1.

D. Tibone. Sui rapporti fra mestruazione, alattamento e lattante. (Über die Beziehungen zwischen Menstruation, Stillen und Säugling.) Rass. d'ostetr., e ginecol., 1913, Bd. XXII, S. 129.

Tobler. Die Behandlung des akuten Brechdurchfalles der Säuglinge. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 473, 1041.

L. Tobler. Die Behandlung der bedrohlichen Nahrungsverweigerung und Anorexie der Säuglinge. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 313.

H. Triboulet et **H. Godlewski.** Emploi de l'eau de mer (plasma de Quinton) en ingestion dans les gastro-entérites aigues des nourrissons (Die ovale Anwendung von Meerwasser (Plasma de Quinton) bei akuten Gastroenteritiden im Säuglingsalter.) Nourrisson, 1914, Bd. II, S. 145.

Gustav Tugendreich. Vorträge über Ernährung und Pflege des Kindes im ersten und zweiten Lebensjahre. Zweite erweiterte Auflage. Mit 7 Textabbildungen. Nebst einem Vorwort von Prof. Dr. Finkelstein. 81 Seiten. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart, 1914, Preis 160 Mk.

Variot. Technique de l'allaitement artificiel. (Technik der künstlichen Ernährung.) Gaz. des hôp. civ. et milit., 1914, Bd. LXXXVII, S. 821.

G. Variot. Confusion des troubles causés par l'hypoalimentation et la suralimentation dans l'allaitement artificiel; les abus de la doctrine de la Suralimentation. (Konfusion der bei künstlicher Ernährung durch Unter- und durch Überernährung erzeugten Störungen; Mißbrauch der Lehre von der Überernährung.) Clin. infant., 1914, Bd. Bd. XII, S. 257.

G. Variot et **P. Lavialle.** Les effets de l'hypersucrage du lait dans le traitement des dyspepsies infantiles avec vomissements. (Der Effekt starker Zuckerung der Milch in der Behandlung der infantilen mit Erbrechen einhergehenden Dyspepsien.) Clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 449.

G. Variot und **Lorenz-Monod.** Observations sur la valeur nutritive du lait cru et sur l'influence du sucre pour l'utilisation physiologique du lait cru par le nourrisson. (Bemerkungen über den Nahrungswert der Rohmilch und über den Einfluß des Zuckers auf die physiologsiche Ausnutzung der Rohmilch durch den Säugling.) Bull. de la Société de Pédiatrie de Paris, 1914, S. 98; La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 97.

Ralph Vincent. Bacteriological diagnosis and treatment of alimentary disease in the infant and child. (Bakteriologische Diagnose und Behandlung der Ernährungsstörungen des Säuglings und Kindes.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1914, Bd. VII, S. 97.

Max Voigt. Beobachtungen an Stillenden. Dissertation, Leipzig, 1913.

Philipp Wehner. Neue Anwendungsform von Larosan. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 2147.

Wilhelm Wegener. Zur Frage der Ernährung kranker Säuglinge mit Larosanmilch. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 359.

Philipp Wehner. Neue Anwendungsform von Larosan. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 2147.

E. Weill und **G. Mouriquand.** Note pour servir à l'étude des troubles provoqués par une alimentation exclusive. (Bulletins de la Société provoqués par une alimentation exclusive. (Zum Studium der Störungen durch einseitige Ernährung.) Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris, 1914, S. 125.

Wheeler and **Biester.** A study of the nutritive value of some proprietary infant foods. (Nährwert gewisser Kindernährmittel.) Amer. Journ. Dis. Child., März, 1914.
Wachenheim (New York).

Max Wichura. Infektiös-toxische Darmerkrankungen im frühen Kindesalter. Med. Korrespondenzbl. d. württemb. ärztl. Landesverbandes, 1913, Bd. LXXXIII, S. 597.

E. Wieland. Über schwere Verdauungsinsuffizienz jenseits des Säuglingsalters. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Bd. XLIII, S. 1249.

Wood. The significance of the mineral salts in the digestive disturbances of infants. (Die Bedeutung der Mineralsalze bei den Verdauungsstörungen der Säuglinge.) Arch. of Pediatr., April 1914.
Wachenheim (New York).

John Zahorsky. Heat and summer diarrhea. (Hitze und Sommerbrechdurchfall.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 289.

Une petite fille allaité par une chienne. (Kleines Mädchen durch eine Hündin gestillt.) La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 19.

Milchwissenschaft und Molkereipraxis.

C. Wilhelm Beerbohm. Die Schwankungen im Gehalte des Butterfettes an flüchtigen Fettsäuren während der Laktation von vier Kühen der königl. Domäne Kleinhof-Tapiau. Milchwirtschaftl. Zentralbl., Bd. XLII, S. 257, 289, 321, 449, 481 und 513.

H. O. Beeson. Milk. (Milch.) Denver med. times, 1913, Bd. XXXIII, S. 127.

Bosworth and **van Slyke.** Why sodium citrate prevents curdling of milk by rennin. (Verhütung der Labgerinnung der Milch durch Natrium citricum.) Amer. Journ. Dis. Children, April 1914.
Wachenheim (New York).

Bowditch and **Bosworth.** Rules for calculating the approximate composition of milk from the specific gravity and percentage of fat as determined by the Babcock method. (Berechnung der Zusammensetzung der Milch aus dem spezifischen Gewicht und der Fettbestimmung nach Babcock.) Amer. Journ. Dis. Children, März 1914. Wachenheim (New York).

Thomas C. Mc Cleave. Certified milk. (Garantiemilch.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 2031.

Heinrich Davidsohn. Über die Reaktion der Frauenmilch. Zeitschr. für Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 11.

A. Dutoilt. Die Bakterienflora der Milch in ihren Beziehungen zur Gastroenteritis infantum. Kinderarzt. 1913, Bd. XXIV, S. 241.

Engel. Die Wirkung der mechanischen Erschütterung auf die Frauenmilch. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 559.

Bernhard Fischer. Typhusverbreitung durch Milch und ihre Verhütung nach den in Schleswig-Holstein gemachten Erfahrungen. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 2451.

Wilhelm Fleischmann und **Georg Wiegner.** Das spezifische Gewicht der Kuhmilch und dessen Änderung kurz nach dem Ausmelken. Festschrift zum 70. Geburtstage von Jakob Esser, Berlin, 1913, S. 95.

Louis Gaucher. 2. Recherches sur la digestibilité du lait et les moyens de l'augmenter. (Untersuchungen über die Verdaulichkeit der Milch und die Mittel, erstere zu steigern.) Bull. gén. de thérapeut., 1914, Bd. CLXVII, S. 371.

Grimmer. Beiträge zur Kenntnis der Fermente der Milchdrüse und der Milch. Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 617, 637, 657, 684.

B. Raymond Hoobler. An experiment in the collection of human milk for hospital and dispensary uses. (Versuch, Frauenmilch zum Gebrauch in Hospital und Poliklinik zu sammeln.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 171.

Lilias Charlotte Jackson and **Arthur Cecil Hamel Rothera.** Milk, its milk sugar, conductivity and depression of freezing point. (Milchzuckergehalt, Leitfähigkeit und Gefrierpunktserniedrigung der Milch.) Biochem. Journ., 1914, Bd. VIII, S. 1.

Edwin O. Jordan. The municipal regulation of milk-supply. (Milchversorgung unter städtischer Kontrolle.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 2286.

Hans Kern und **Erich Müller.** Über eine vereinfachte Herstellung der Eiweißmilch. Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 2237.

Herbert Koch. Über die Verwertbarkeit der Glyzyltryptophanprobe für die Diagnose normaler und pathologischer Körperflüssigkeiten; experimenteller Beitrag. Ergebnisse dieser Probe bei der Untersuchung von Milch. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 1.

R. Kudicke und **H. Sachs.** Über das biologische Verhalten roher und gekochter Milch. (Immunisierungs- und Komplementbindungsversuche.) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exper. Therap., 1913, Bd. XX, S. 316.

L. Lindet. Solubilité des albuminoides du lait dans les éléments du sérum; rétrogradation de leur solubilité sous l'influence du chlorure de calcium. (Löslichkeit der Milchalbuminoide in den Elementen des Serums; Verminderung ihrer Löslichkeit unter Einfluß von Chlorkalzium.) Rev. gén. du lait., 1913, Bd. IX, S. 373.

S. Liwschiz. Biologische Untersuchungen zur Kaseinfrage. 1. Kasein oder Parakasein? 2. Nachweis von Kasein in den Fäzes gedeihender Kinder. Dissertation, München, 1913.

A. B. Marfan, E. Feuillié und **Fr. Saint-Girons.** Contribution à l'étude de la cytologie du lait de femme, en dehors de la période colostraire. Origine épithéliale des cellules du lait normal. (Beitrag zum Studium der Zytologie der Frauenmilch, außerhalb der

Kolostrumperiode. Epithelialer Ursprung der Zellen in der normalen Milch.) Cpt. rend. hebdom. des séances des la soc. de biol., 1913, Bd. LXXV, S. 387.

A. B. Marfan et **L. Lagane.** La peroxydase du lait de femme. (Die Peroxydase der Frauenmilch.) Cpt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol., 1914, Bd. LXXVI, S. 564.

P. Mazé. Les ferments lactiques et le lait. (Milchfermente und Milch.) Rev. scienc., 1913, S. 228.

Erich Müller und **Ernst Schloss.** Anleitung zur Herstellung der wichtigsten Nahrungsmischungen für den Säugling im Privathause. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 276.

L. Nattan-Larrier. Sur le passage des trypanosomes dans le lait. (Übergang von Trypanosomen in die Milch.) Rev. de pathol. comp., 1913, Bd. XIII, S. 4.

Sverre Oftedal. A simple and practical method for the preparation of pure buttermilk. (Eine einfache und praktische Methode zur Herstellung reiner Buttermilch.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 1899.

R. von Ostertag. Die neuen Normativbestimmungen für die Regelung des Milchverkehres im Königreiche Preußen. Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhygiene, 1913, Bd. XXIV, S. 1.

Patein et **Deval.** Variations du lait de femme selon son âge après l'accouchement. (Schwankungen in der Zusammensetzung der Frauenmilch entsprechend der Laktationsdauer.) Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 20.

B. Pfyl und **R. Turnau.** Massanalytische Bestimmung des Kaseins in der Milch mittels des Tetraserums. Arbeiten a. d. Gesundheitsamt, Berlin, 1914, Bd. XLVII, S. 347.

W. Rullmann. Rückblicke auf die milchhygienischen Forschungen der letzten zwölf Jahre. Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh., 1913, Bd. LXXI, S. 165.

Ubaldo Sammartino. La secrezione lattea e gl' idrati di carbonio iniettati sotto cute. (Milchsekretion und subkutane Injektion von Kohlehydraten.) Rass. di clin., terap. e science aff., 1913, Bd. XII, S. 417.

Gustav Schmidt. Zur Kasuistik der Übertragung von Maul- und Klauenseuche des Kindes auf den Menschen durch die Milch. Berliner tierärztl. Wochenschr., 1913, Bd. XXIX, S. 749.

O. v. Sobbe. Die Berechnung des spezifischen Gewichtes der Milch. Molkerei-Zeitung, 1914, Bd. XXVIII, S. 602.

Ad. Stetter. Über die Zusammensetzung der Ziegenmilch, nebst einem Anhang: Über die Berechnung der Trockensubstanz von Ziegen- und Kuhmilch nach verschiedenen Formeln. Landwirtschaftl. Jahrb., 1913, Bd. XLV, S. 161.

Martin Thiemich. Die Amenorrhöe der Stillenden und ihr Einfluß auf die Neukonzeption. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 2065.

Henry Enos Tuley. Milk in its relation to infant mortality. (Über die Beziehungen der Milch zur Kindersterblichkeit.) Southern med. Journ., 1914, Bd. VII, S. 175.

Stoffwechsel.

Ch. Achard et **Guy Desbouis.** Recherches sur l'utilisation des sucres à l'état pathologique. (Untersuchungen über die Ausnutzung verschiedener Zucker bei krankhaften Zuständen.) Arch. de méd. exper. et d'anat. pathol., 1914, Bd. XXVI, S. 105.

Samuel Amberg und **Henry F. Helmholz.** Über das Vorkommen der Hippursäure im Säuglingsharn. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 6.

Hans Aron und **Marianne Franz.** Organische Säuren im Säuglingsharn. Monatschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 645.

Baemeister und **Havers.** Zur Physiologie und Pathologie des Cholesterinstoffwechsels. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 385.

L. Bauer. Untersuchungen über ClNa-Stoffwechsel bei an Ernährungskrankheiten leidenden, künstlich genährten Säuglingen. Pester med.-chirurg. Presse, 1913, Bd. XLIX, S. 387, 395 und 402.

H. J. Bing und **O. Windelöw.** Blutzuckerbestimmungen bei Kindern. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 64; Bibliotek for Laeger, 1913, Bd. CV, S. 181.

Werner v. Breunig. Über die Burnamsche und andere Formaldehydproben im Urin und über die Abspaltung von Formaldehyd im Urin nach interner Urotropindarreichung. Zeitschr. f. Kinderheilkunde, 1914, Bd. XI, S. 14.

Thomas C. Mc Cleave. Acute acid intoxication in children. (Akute Azidosis bei Kindern.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 1764.

J. I. Collier. The caloric requirement in infant feeding. (Der Kalorienbedarf bei der Säuglingsernährung.) Texas State Journ. of Med., 1914, Bd. IX, S. 372.

Jennie G. Drennan. The abstraction of calcium salts from the mother by the nursling the cause of the coagulation of the milk in the mammary gland of the former. (Die Entziehung von Kalziumsalzen von der Mutter durch den Säugling als die Ursache der Gerinnung der Milch in der Brustdrüse.) Amer. Journ. of obstetr. and Dis. of women and child., 1913, Bd. LXVIII, S. 759.

Adolf Eckert. Experimentelle Untersuchungen über geformte Harnsäureausscheidung in den Nieren. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakologie, 1913, Bd. LXXIV, S. 244.

Fetzer. Experimentelle Untersuchungen über den Stoffgehalt in der Gravidität. Königsberg, Schr. physik. Ges., 1913, Bd. LIV, S. 111.

Max Fetzer. Studien über den Stoffhaushalt in der Gravidität nach experimentellen Untersuchungen des Verhaltens trächtiger Tiere und ihrer Früchte bei eisenreicher und eisenarmer Ernährung. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1913, Bd. LXXIV, S. 542.

F. Fonzo. Sul comportamento degli amminoacidi nelle cardiopatie infantili. (Über das Verhalten der Aminosäuren bei den kindlichen Herzkrankheiten.) Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 828.

Kurt Frank und **Albert Niemann.** Über den Einfluß veränderter Nahrung auf die Kohlensäureproduktion des Säuglings. Charité-Ann., 1913, Bd. XXXVII, S. 94.

Casimir Funk. Studium über das Wachstum. Mitteilungen. 1. Das Wachstum auf vitaminhaltiger und vitaminfreier Nahrung. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. physiol. Chem., 1913, Bd. LXXXVIII, S. 352.

Götzky. Der physiologische Blutzuckergehalt beim Kinde nach der Mikromethode von Bang. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 44.

Hayashi. Über die Durchlässigkeit des Säuglingsdarmes für artfremdes Eiweiß und Doppelzucker. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 741.

Richard Hertz und **Julien Goldberg.** De l'influence du bicarbonate de soude sur l'élimination des chlorures et du lactose injecté dans les veines. (Der Einfluß des doppelkohlensauren Natrons auf die Ausscheidung des Chlors und des intranevös gespritzten Milchzuckers.) Cpt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol., 1914, Bd. LXXVI, S. 234.

V. Hutinel. Les réactions méningées dans l'azotémie chez les nourrissons (Die meningealen Erscheinungen bei der Azotämie der Säuglinge.) Paris Méd., 1913, Bd. IV, S. 41.

A. Klein und **F. Visser.** Über das Wesen der violetten Nitroprussidnatriumreaktion im Harn. Biochem. Zeitschr., 1914, Bd. LXI, S. 256.

Edmund Lallwa. Bemerkungen zur Galaktoseintoleranz. Med. Klinik. 1914, Bd. X, S. 762.

Erich Landsberg. Eiweiß- und Mineralstoffwechseluntersuchungen bei der schwangeren Frau nebst Tierversuchen mit besonderer Berücksichtigung der Funktion endokriner Drüsen. Ein Versuch einer Darstellung der Stoffwechselveränderungen in der Gravidität auf allgemeinbiologischer Basis. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1914, Bd. LXXVI, S. 53.

Richard Lederer. Die Bedeutung des Wassers für Konstitution und Ernährung. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 365.

F. Lust. Die Bedeutung des Kalkes für den wachsenden Organismus. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 316.

A. A. Makower. Untersuchungen über Wachstum. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1914, Bd. XXVII, S. 97.

Marshall. The theories of acidosis and acidosis in children. (Azidose bei Kindern.) Arch. of Pediatrics, Februar 1914.

Wachenheim (New York).

M. Masslow. Über die biologische Bedeutung des Phosphors für den wachsenden Organismus. 2. Untersuchung der Organe auf ihren Gehalt an Phosphor und intrazellularen Fermenten. Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. LVI, S. 174.

Ernst Mayerhofer. Der Harn des Säuglings. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 553.

Lafayette B. Mendel. Viewpoints in the study of growth. (Gesichtspunkte für das Studium des Wachstums.) Biochem. Bull., 1914, Bd. III, S. 156.

G. Mogwitz. Über den Blutzucker der Säuglinge. Monatsschr. f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. XII, S. 569.

Nobécourt und **Ch. Bidot.** Azotémie et cendres des matières fécales chez les athrepsiques. (Azotämie und Kotasche bei Athrepsie.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 298.

J. Peiser. Über die klinische Wertung der Urobilinogenurie im Säuglingsalter. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 541.

Luigi Pollini. Sul contenuto e sulla topografia dei sali di calcio nell' organismo dei bambini rachitici e tetanici. (Die Verteilung der Kalksalze bei rachitischen und tetaniekranken Kindern.) Riv. di clin. pediatr., 1913, Bd. XI, S. 721.

Eric Pritchard. The food requirements of infants. (Der Nahrungsbedarf der Säuglinge.) British Journ. of Child. Dis., 1914, Bd. XI, S. 49.

D. S. Riva Rocci. Sulla influenza del grasso sulla digestione gastrica del latte. (Einfluß des Fettes auf die Magenverdauung der Milch.) La Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 487.

Felix Rosenthal. Über die Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels bei der experimentellen Diphtherievergiftung. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol., 1914, Bd. LXXV, S. 99.

H. Salomon. Ein Fall von Chylusstühlen. Gesell. f. inn. Med. u. Kinderheilkunde, 1914, Bd. XIII, S. 84.

Hans Schirokauer. Der Zuckerstoffwechsel beim Lymphatismus der Kinder. Jahrb. f. Kinderheilk., 1914, Bd. LXXIX, S. 581.

Ernst Schloß und **Leonhard Frank.** Tricalciumphosphat als Knochenbildner beim menschlichen Säugling. Biochem. Zeitschr., 1914, Bd. LX, S. 378.

Arthur Schloßmann. Untersuchungen und Erwägungen über den Hunger. Deutsche militärärztl. Zeitschr., 1914, Bd. XLIII, S. 170.

Rudolf Schmidt. Weitere Untersuchungen über Fermente im Darminhalt (Meconium) und Mageninhalt menschlicher Föten und Neugeborener. Biochem. Zeitschr., 1914, Bd. LXIII, S. 287.

Wilhelm Stepp. Über lipoidfreie Ernährung und ihre Beziehungen zu Beriberi und Skorbut. Deutsche med. Wochenschr., 1914, XL, S. 892.

G. Variot und **Lorenz Monod.** Observation sur la valeur nutritive du lait cru et sur l'influence du sucre pour l'utilisation physiologique du lait cru par le nourrisson. (Beobachtungen über den Nährwert der Rohmilch und über den Einfluß des Zuckers auf die physiologische Ausnutzung der Rohmilch durch den Säugling.) Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 97.

E. Weill und **A. Dufort.** Sur les réactions des selles des nourrissons à l'état normal et dans les dyspepsies d'origine alimentaire. (Reaktion des Säuglingsstuhles im normalen Zustand und bei Dyspepsien alimentären Ursprunges.) Le Nourrisson, 1914, Bd. II, S. 65.

Arvo Ylpö. Zwei Fälle von kongenitalem Gallengangsverschluß. Fett- und Bilirubinstoffwechselversuche bei einem derselben. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 318.

Fötus und Embryo.

J. W. Ballantyne. Ante-natal hygiene. (Mutterschutz.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 13.

G. Buglia. Sur le passage des produits de digestion des substances protéiques de la mère au foetus. (Über den Übergang der Verdauungsprodukte von Eiweißsubstanzen von der Mutter auf den Fötus.) Arch. ital. de biol., 1913, Bd. LIX, S. 329.

Desprechins. La puériculture avant la naissance. (Fürsorge für Schwangere.) Rev. belge de puéricult., 1913, Bd. II, S. 153.

Kelffer. De la sensibilité du foetus aux émotions maternelles. (Die Sensibilität des Fötus bei Erregungszuständen der Mutter.) Bull. de la soc. belge de gynécol. et d'obstétr., 1913, Bd. XXIV, S. 301.

James Lincoln Huntington. Ante-natal hygiene. (Mutterschutz.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 19.

F. Linder. Über Hydrops foetus. Dissertation, München, 1913.

Hugo Raubitschek. Über Beziehungen mütterlicher Erkrankungen zu den Organen der Föten und Neugeborenen. Beitr. z. pathol. Anatomie, 1913, Bd. LVII, S. 345.

Ed. Retterer et **Aug. Lelièvre.** De l'ossification primitive du rachis. (Die embryonale Verknöcherung der Wirbelsäule.) Cpt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol., 1913, Bd. LXXV, S. 424.

E. Sorel. Etude histologique du poumon foetal en médicine légale. (Histologische Untersuchungen der fötalen Lunge in der gerichtlichen Medizin.) Arch. méd. de Toulouse, 1913, Bd. XX, S. 221.

Bruno Wolff. Biologische Beziehungen zwischen Mutter und Kind während der Schwangerschaft. Stud. Pathol. Entw., 1913, Bd. I, S. 50.

Neugeborene.

Balard und **Commes.** Sur trois cas de dents à la naissance. (3 Fälle von Zähnen bei der Geburt.) Journ. de méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest, 27. April 1913.

George Benestad. Die Gewichtsverhältnisse reifer norwegischer Neugeborener in den ersten 12 Tagen nach der Geburt.) Arch. f. Gynäkologie, 1913, Bd. CI, S. 292.

Josef Bondi. Das Gewicht des Neugeborenen und die Ernährung der Mutter. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 1026; 1914, Bd. XXVII, S. 14.

A. Bonnet-Laborderie. Hemorragies gastro-intestinales chez deux nouveaunés ayant absorbé de lait de la même femme. (Gastrointestinalblutungen bei 2 Neugeborenen nach Ernährung mit Milch derselben Frau.) Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol., 1913, Bd. XXI, S. 353.

Broca. Mammites des nouveau-nés. (Die Mastitis beim Neugeborenen.) Rev. prat. d'obstétr. et de paediatr., 1914, Bd. XXVII, S. 1.

R. Chauis. La viabilité des nouveau-nés. (Die Lebensfähigkeit Neugeborener.) Rev. méd. de la Suisse romande, 1914, Bd. XXXIV, S. 58.

Clark. Care of the newborn. (Pflege der Neugeborenen.) Georgia Med. Assoc. Journ., Februar 1914. Wachenheim (New York).

Arcangelo Creazzo. L'asfissia nei neonati. (Die Asphyxie der Neugeborenen.) Gazz. internaz. di med.-chirurg., 1914, S. 56.

W. Gfroerer. Zum Einfluß der Schädelimpression auf den Neugeborenen und seine körperliche und geistige Entwicklung. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1913, Bd. LXXV, S. 101.

Green. Intracranial hemorrhage in the new-born. (Intrakranielle Blutung bei Neugeborenen.) Boston Med. and Surg. Journ., 30. April 1914. Wachenheim (New York).

Wulf-Leib Hellseid. Über universellen Hydrops bei Neugeborenen. Dissertation, München, 1913.

Holloway. Ophthalmia neonatorum. Pennsylvania Med. Journ., Dezember 1913. Wachenheim (New York).

Henry Koplik. Infant mortality in the first four weeks of life. (Die Kindersterblichkeit in den ersten vier Lebenswochen.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1914, Bd. LXII, S. 85.

Robt. E. Larue. Heart massage as an aid to resuscitation of still-born infants. (Herz-Massage als Hilfe zur Wiederbelebung Totgeborener.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 126.

Leo-Wolf. Care of the new-born. (Pflege der Neugeborenen.) Arch. of Pediatrics, Mai 1914.

Karl G. Leo-Wolf. Care of the new-born. (Die Pflege und Ernährung des Neugeborenen.) New York State Journ. of Med., 1913, Bd. XIII, S. 440.

Manton. Asphyxia neonatorum and its sequalae. (Asphyxie der Neugeborenen und ihre Folgen.) New York State Journ. of Med., Juni 1914.

Ernst Mayerhofer. Zwei Fälle von sogenannter Sklerodermie der Neugeborenen. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderkrankh. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 180.

Enrico Mensi. La respirazione periodica nel neonato. (Die periodische Atmung bei Neugeborenen.) Riv. di clin. Pediatr., 1913, Bd. XI, S. 829.

Maurice van Neck. Lésions congénitales ou obstétricales de l'épaule et du plexus brachial. (Kongenitale oder Geburtsläsionen der Schulter und des Plexus brachialis.) Journ. méd. de Bruxelles, 1914, Bd. XIX, S. 133.

Sigismund Peller. Der Einfluß sozialer Momente auf den körperlichen Entwicklungszustand der Neugeborenen. Österr. Sanitätsw., 1913, Nr. 38, Beiheft.

W. J. H. Pinniger. On hemorrhagic diseases of the new-born, with report of a case due to duodenal ulcer. (Die hämorrhagischen Erkrankungen der Neugeborenen mit einem Bericht über einen Fall von Ulcus duodeni.) Bristol. med. chirurg. Journ., 1913, Bd. XXXI, S. 248.

A. v. Reuß. Folgeerscheinungen einer intrakraniellen Geburtsverletzung und eitrige Parotitis bei einem 16 Tage alten Kind. Gesell. f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 86.

Thierry-Detaille. De la mortalité infantile dans les quatre premières semaines de la vie. (Kindersterblichkeit in den ersten 4 Lebenswochen.) Thèse de Paris, 1913.

Gerhard Töppich. Die Porosität der Knochen des Neugeborenen mit Berücksichtigung des Verhaltens der Porosität bei Erwachsenen und Greisen. Anhang. Das Volumen des roten Knochenmarkes des Neugeborenen. Arch. f. Anat. u. Physiol., anat. Abt., 1914, Bd. IX, S. 135.

Wallich. La mortalité infantile dans les quatre premières semaines de vie. (Die Säuglingssterblichkeit in den vier ersten Lebenswochen.) Rev. d'hyg. et de police sanit., 1913, Bd. XXXV, S. 989; Pathol. infant., 1913, Bd. X, S. 141.

Diathesen.

Erich Aschenheim. Ist die Eosinophilie ein Symptom der exsudativen Diathese? Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 503.

J. Bartel. Zur Frage des Konstitutionsproblems speziell über den sogenannten Status thymicolymphaticus. Tuberculosis, 1913, Bd. XII, S. 561.

E. v. Behring. Disposition und Diathese. Hamburger med. Überseeh., 1914, Bd. I, S. 2.

Grünfelder. Le bromure de calcium dans le traitement de la tétanie et du spasme laryngé chez les enfants du premier âge. (Kalzium-Bromat zur Behandlung des Tetanie- und des Laryngospasmus bei Säuglingen.) Semaine méd., 25. Juni 1913.

Hanauer. Konstitution und Krankheiten im schulpflichtigen Alter. Zeitschr. f. Kinderpfl., 1914, Bd. IX, S. 83.

K. Iwamura. Einige Beobachtungen über Spasmophilie in Japan. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 147.

Klotz. Über Zahnanomalien bei Tetanie. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 535.

A. Kroll-Lifschütz. Zur Frage der Eosinophilie und exsudativen Diathese. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 603.

Langstein. Pathologie und Therapie der Krämpfe im Kindesalter. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Bd. XI, S. 321.

Rudolf Landesberg. Der Status thymico-lymphaticus und die Kehldeckelform. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 1547, 1593.

Richard Lederer. Exsudative Diathese und Wasserstoffwechsel. Zeitschrift f. angew. Anat. u. Konstitutionsl., 1914, Bd. I, S. 298.

Ludwig Mann. Über traumatische Entstehung spasmophiler Zustände. Neurol. Zentralbl., 1913, Bd. XXXII, S. 1242.

M. Masslow. Über Veränderungen der Atmungskurven bei Kindern mit spasmophilen Symptomen unter dem Einfluß von äußeren Reizen und die Bedeutung dieser Veränderungen für die Diagnose der latenten Tetanie. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 99.

Charles Mc Neil. Scrofula, or hypersensitiveness to tuberculous infection, its relation to abnormal constitution (status lymphaticus). (Skrofulose oder Überempfindlichkeit für tuberkulöse Infektion; ihre Beziehungen zur anormen Körperkonstitution (Status lymphaticus). Edinburgh med. Journ., 1914, Bd. XII, S. 324.

J. Pallesen. Anatomische Veränderungen beim Status thymico-lymphaticus. Mitt. a. d. Hamburger Staatskrankenanstalten, 1913, Bd. XIV, S. 157.

Hermann Putzig. Das Vorkommen und die klinische Bedeutung der eosinophilen Zellen im Säuglingsalter, besonders bei der exsudativen Diathese. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 429.

Emil Schwarz. Das Wesen der Eosinophilie. Jahresh. f. ärztl. Fortbildung, 1914, Bd. V, S. 5.

Julius Parker Sedgwick. Spasmophilia with especial reference to familial reactions and repeated absences. (Spasmophilie mit spezieller Berücksichtigung familiärer Reaktionen und gehäufter Absenzen.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1914, Bd. VII, S. 140.

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.

S. Abel. Die Jodbehandlung des Rachens zur Beseitigung von Diphtheriebazillen. Therap. d. Gegenwart, 1913, Bd. LIV, S. 544.

George N. Acker. Parotitis complicated with meningitis. (Parotitis kompliziert mit Meningitis.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 399.

W. N. Adkins. The diagnosis of scarlet fever. (Die Diagnose des Scharlachs.) Atlanta Journ.-rec. of Med., 1914, Bd. LX, S. 535.

Francesco Alabrese. Osservazioni cliniche su di una epidemia di scarlatina. (Klinische Beobachtungen bei einer Scharlachepidemie.) Gazz. internaz. di med.-chirurg., 1913, Bd. LI, S. 1212.

John W. Amesse. A brief consideration of the para-rheumatic diseases of childhood. (Kurze Betrachtung über die pararheumatischen Erkrankungen des Kindesalters.) Univ. fo Colorado med. bull., 1913, Bd. VIII, S. 22.

Harold L. Amoss. A note on the etiology of epidemic poliomyelitis. (Ein Beitrag zur Ätiologie der epidemischen Poliomyelitis.) Journ. of exper. Med., 1914, Bd. XIX, S. 212.

Bachauer. Diphtheriebekämpfung in den Volksschulen Augsburgs. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 603.

Bailly. Les oblitérations des artères des membres au cours de la diphtérie. (Die Obliteration der Arterien der Glieder im Verlaufe von Diphtherie.) Thèse de Paris, 1913.

Joseph H. Barach. Morphology of the blood in epidemic parotitis. (Morphologie des Blutes bei epidemischer Parotitis.) Arch. of internal med.,1913, Bd. XII, S. 751.

Murray H. Bass. Congenital malaria. (Kongenitale Malaria.) Arch. of pediatr., 1914, Bd. XXXI, S. 251.

N. Bassi. Difterite e sieroprofilassi. (Diphtherie und Serumprophylaxe.) Gazz. d. osp. e d. clin., 1914, Bd. XXXV, S. 505.

J. Bauer. Über die Prophylaxe der Diphtherie nach v. Behring. Dtsch. med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 582.

Bernhard Bendix. Über Diphtherie. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 795.

Julius Bergmann. Über den Verlauf von Masern, welche während einer Scharlacherkrankung auftraten. Dissertation, Zürich, 1913.

Andrew Porter Biddle. A consideration of two outbreaks of so-called pemphigus neonatorum. (Bemerkungen zu zwei Epidemien von sogenanntem Pemphigus neonatorum.) Journ. of cut. Dis., 1914, Bd. XXXII, S. 268.

Mathilde de Biehler. Maladie de Heine-Medin; considérations relatives à l'épidémie de 1911 en Pologne. (Poliomyelitis anterior acuta, Betrachtungen über die polnische Epidemie von 1911.) Arch. de méd. des enfant., 1914, Bd. XVII, S. 1, 116.

— Über die Scharlachschutzimpfung. Medycyna i kronika, 1913, Bd. XLVIII, S. 794.

— Sur l'emploi du vaccin anti-scarlatineux. (Anwendung der Skarlatinavakzine.) Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 193.

Gertrude Bien. Ein Fall von primär chronischem Gelenkrheumatismus mit Parotitis. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk., in Wien 1913, Bd. XII, S. 174.

N. Rh. Blegvad. Die Diagnose der primären Larynxdiphtherie bei kleinen Kindern. Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol., 1913, Bd. XLVII, S. 1199.

Kurt Blühdorn. Das klinische Bild der bazillären Ruhr im Säuglings- und Kindesalter. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 37.

Boudreau. The prevention of infantile paralysis. (Verhütung der Kinderlähmung.) Ohio State Med. Journ., April 1914.
Wachenheim (New York).

Fritz Breuning. Über Paratyphus bei Kindern in München. Münchener Med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 1050.

Ten Broeck. The extirpation of the bacillus diphtheriae by means of the thallophytic fungus achlyt muscaris. (Abtötung des Diphtheriebazillus durch den Pilz Achlya muscaris.) Med. Record, 10. Jänner 1914. Wachenheim (New York).

Brown. Cerebrospinal meningitis etc. Ohio State Med. Jurn., Mai 1914.
W. G. Mc Callum. The mechanism of the circulatory failure in diphtheria. (Der Mechanismus der Zirkulationsschwäche bei Diphtherie.) Amer. Journ., of the Med. sciences, 1914, Bd. CXLVII, S. 37.
S. Cannata. Ulteriori ricerche sulla presenza del parassita di Leishman nel sangue periferico di bambini affetti da Leishmaniosi. (Weitere Untersuchungen über den Nachweis der Leishmanschen Parasiten im peripheren Blute von leishmaniakranken Kindern.) Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 27.
G. Caronia. Fieberkurven bei der kindlichen Leishmaniosis. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1914, Bd. CXIII, S. 354.
Cassel. Zur Poliomyelitis. Ver. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Berlin, 10. November 1913.
Cassoute und **Bocca.** Kyste hydatique du cerveau chez une fillette de quattre ans. (Hirnechinokokkus bei 4jährigem Mädchen.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 303.
Armas Cederberg. Zur Theorie des Scharlachs. Berliner klin. Wochenschrift, 1914, Bd. LI, S. 64.
Jean Chataignon. Contribution à l'étude des méningites aigues, bénignes, épidémiques. (Beitrag zum Studium der akuten, benignen, epidemischen Meningitis.) Thèse de Paris, 1913, Nr. 252.
Stephen Chauvet. La mortalité dans le rougeole, particulièrement dans la première enfance. (Sterblichkeit an Masern, hauptsächlich bei Säuglingen.) Le Nourrisson, 1914, Bd. II, S. 25.
Paul F. Clark und **Harold L. Amoss.** Intraspinous infection in experimental poliomyelitis. (Intraspinale Infektion bei experimenteller Poliomyelitis.) Journ. of exper. Med., 1914, Bd. XIX, S. 217.
E. A. Cockayne. Whooping-cough in the first days of life. (Keuchhusten in den ersten Lebenstagen.) British Journ. of Child. Dis., 1913, Bd. X, S. 534.
John Adamus Colliver. Obscure manifestations of rheumatism in childhood. (Dunkle Manifestationen des Rheumatismus im Kindesalter.) Vortr. Californ. State Med. Soc., 18. April 1913; Arch. of pediatr., 1914, Bd. XXXI, S. 13.
J. Comby und **Condat.** Méningite cérébro-spinale avec arthrites à méningococques. (Zerebrospinalmeningitis mit Meningokokkenarthritis.) Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 527.
H. Cramer. Keuchhustenbehandlung mit Droserin. Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 2288.
G. di Cristina und **G. Caronia.** Stato di anafilassi e di antianafilassi nella tuberculosi infantile e suoi rapporti con la terapia tubercolinica. (Anaphylaxie und Antianaphylaxie bei Kindertuberkulose und deren Beziehungen zur Tuberkulintherapie.) La Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 95.
Davis. Treatment of poliomyelitis by operative measures. (Operative Behandlung der Poliomyelitis.) New York Med. Journ., 3. Jänner 1914.
H. Deist. Bazillenträger bei Diphtherie. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankheiten u. z. Immunitätsforsch., 1914, Bd. II, S. 519.
Albert Delcourt. L'incubation de la varicelle. (Die Inkubation bei Varizellen.) Pathol. infant., 1914, Bd. XI, S. 21.
L. Delherm et **A. Laquerrière.** L'électricité dans le traitement de la paralysie infantile. (Poliomyelite antérieure classique. Poliomyélite épidémique.) (Die Elektrizität in der Behandlung der Kinderlähmung.) Journ. de radiol., et d'électrol., 1914, Bd. I, S. 29.
V. Delsaux. Die Behandlung der Ohr-, Nasen- und Kehlkopferkrankungen im Verlaufe der Infektionskrankheiten und der akuten Exantheme. Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol., 1913, Bd. XLVII, S. 1218.
Albert Dollinger. Über Pneumokokkenmeningitis im Kindesalter. Dissertation, Leipzig, 1913.

Georges L. Dreyfus und **Johannes Schürer.** Beitrag zur Frage der Pathogenese und Therapie der postdiphtherischen Polyneuritis. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 970.

Dubois, Neal und **Zingher.** Experimental studies in poliomyelitis. (Experimentelle Untersuchungen über Poliomyelitis.) Journ. Amer. Med. Assoc., 3. Jänner 1914.
Wachenheim (New York).

Edgard Dubourg. Méningite mixte à bacilles de Koch et diplocoques ne prenant pas le gram (méningocoques ou para-méningocoques) chez un enfant de huit ans. (Meningitis, durch Mischinfektion von Tuberkelbazillen mit gramnegativen Diplokokken (Meningokokken oder Para-Meningokokken) bei einem 8jährigen Kinde.) Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux, 1914, Bd. XXXV, S. 135.

R. Dupérié und **R. M. Marliangeas.** Des rapports leucocytaires au cours des éruptions sériques dans la diphtérie. (Leukozytenbefunde bei Serumexanthemen im Verlauf der Diphtherie.) Cpt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol., 1914, Bd. LXXVI, S. 272.

Guido Engelmann. Über ein an Poliomyelitiskranken beobachtetes Phänomen. Neurol. Zentralbl., 1914, Bd. XXXIII, S. 20.

D'Espine. Un cas de maladie de Heine-Medin à forme méningée terminé par la guérison. (Geheilter Fall von Heine-Medinscher Krankheit, meningeale Form.) Soc. méd. de Genève, 30. April und 13. Mai 1914.

E. Feer. Über das Wesen und über die Infektionsverhältnisse des Keuchhustens. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 837.

Fennell. Quarantine in diphtheria. Lancet-clinic, 14. März 1914.
Wachenheim (New York).

Ferry. Study of the bacteriology of the posterior nasopharynx in scarlatina. (Die Bakteriologie des Nasenrachenraumes beim Scharlachfieber.) Med. Record., 23. Mai 1914.

M. Fischbein. Functional test (phenolsulphonephthalein) of the kidney in scarlet fever. (Funktionsprüfung der Niere mittels Phenolsulfonphthalein bei Skarlatina.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 1368.

Simon Flexner. Contributions to the epidemiologie and pathology of poliomyelitis. (Beitrag zur Epidemiologie und Pathologie der Poliomyelitis.) Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 506.

Flexner, Clark and **Amoss.** Epidemiology of poliomyelitis. Journ. Exper. Med., Februar 1914. Wachenheim (New York).

Simon Flexner, Paul F. Clark und **Harold L. Amoss.** A contribution to the epidemiology of poliomyelitis. (Ein Beitrag zur Epidemiologie der Poliomyelitis.) Journ. of exper. Med., 1914, Bd. XIX, S. 195, 205.

Floyd. The tuberculous child. (Das tuberkulöse Kind.) Boston Med. and Surg. Journ., 30. April 1914.

Emil Flusser. Beitrag zur Klinik der grippenartigen Erkrankungen des Säuglings. Prager med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXVIII, S. 675.

F. Fonzo. Caso di morte in seguito a puntura lombare in un bambino affetto da meningite cerebro-spinale. (Ein Todesfall im Gefolge der Lumbalpunktion bei einem an Zerebrospinalmeningitis leidenden Kinde.) Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 286.

Fragale. Le paludisme chez les nouveau-nés et dans la première enfance. (Malaria beim Neugeborenen und Säugling.) Gazz. internaz. di med., März 1913.

U. Franchetti. Osservazioni sopra alcuni casi di quarta malattia. (Beobachtungen über einige Fälle von vierter Krankheit.) Riv. di clin. pediatr., 1913, Bd. XI, S. 729.

Henry W. Frauenthal. The treatment of paralysis of anterior poliomyelitis. (Die Behandlung der Lähmungen bei Poliomyelitis anterior.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 2219.

Josef Friedjung. Einige strittige Fragen aus der Lehre von den Masern. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderkrankh. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 180.

Josef K. Friedjung. Kritische Beiträge zur Lehre von der Masernerkrankung. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderkrankh., 1914, Bd. XIII, S. 22.

Gino Frontali. Un caso di amenza postmorbillosa. (Ein Fall von Amentia nach Masern.) Riv. di clin. pediatr., 1913, Bd. XI, S. 746.

René Gaudu cheau. Méningite associé à méningocoques et à bacilles de Koch. (Meningitis hervorgerufen durch Doppelinfektion von Meningokokken und Kochschen Bazillen.) Gaz. méd. de Nantes, 1913, Bd. XXXI, S. 361.

Gettkant. Öffentliches Sanitätswesen. Die Diphtheriebekämpfung in den Schulen. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 2515.

J. Gewin. Masern bei Säuglingen. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en v. Kindergeneesk., 1914, Bd. III, S. 58.

Movcha Goelkver. Etude statistique des méningites observés chez les enfants à la clinique médicale de l'hôpital des Enfants-Malades en 1907—1912. (Statistische Studie über die Meningitis bei Kindern, beobachtet in der medizinischen Klinik des Kinderspitales in den Jahren 1907—1912.) Thèse de Paris, 1913.

A. N. Golodetz. Über das Vorkommen der Heine-Medinschen Krankheit in der Schweiz. Dissertation, Zürich 1913.

Le Gouellec. Du cycle de coloration des urines dans la scarlatine et de sa valeur dans le diagnostic. (Über den Zyklus der Urinfärbung bei Scharlach und seine diagnostische Bedeutung.) Thèse, Paris 1913.

P. Gougerot. Traitement de la varicelle. (Behandlung der Varizellen.) Journ. de méd. et de chirurg. Montreal., 1913, Bd. VIII, S. 459.

Olimpio Cozzolino. La cutireazione alla tubercolina nella pertosse. (Tuberkulin-Kutanreaktion bei Pertussis.) Rif. med., 1913, Bd. XXIX, S. 1205.

Alexander Graham. An epidemic of specific parotitis in schoolchildren. (Eine Epidemie von epidemischer Parotitis bei Schulkindern.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1913, Bd. X, S. 497.

Crozer Griffith. Typhoid fever in infancy, an analysis of 75 cases. (Typhus beim Kinde; Beschreibung von 75 Fällen.) Journ. des prat., 1913, S. 206.

L. Guinon et **Izard.** Sur le traitement de l'érysipèle généralisé du nourrisson. (Über die Behandlung des generalisierten Erysipels beim Säugling.) Pediatr. prat., 1914, Bd. XII, S. 128; Bull. de la soc. de pédiatr., de Paris 1913, S. 532.

L. Guinon et **Malarte.** Quelques cas de bactériothérapie antityphique chez l'enfant. (Einige Fälle von anti-typhöser Bakteriotherapie beim Kinde.) Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 112.

Hall. Postdiphtheritic paralysis. (Postdiphtheritische Paralyse.) Kentucky Med. Journ., 15. März 1914.

Wachenheim (New York).

Cuthbert Hall. Smallpox of foetus in fourth month. (Variola bei einem 4monatlichen Fötus.) Australas. med. gaz., 1914, Bd. XXXV, S. 3.

Hallé. A propos de l'observation de méningité cérébro-spinale. (Bemerkung zur Beobachtung einer zerebrospinalen Meningitis.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris., 1914, Bd. XXX, S. 149.

D. D. S. Hanson. Hydrotherapy in the treatment of scarlatina. (Hydrotherapie bei Scharlach.) Med. council, 1913, Bd. XVIII, S. 21.

W. W. Harper. Bacillary dysentery in infants. (Bazilläre Dysenterie bei Säuglingen.) South. med. Journ., 1913, Bd. VI, S. 637.

Harrison. Three cases of tetanus neonatorum. (3 Fälle von Tetanus neonatorum.) Mississippi Med. Monthly, Dezember 1913. Wachenheim (New York).

H. Henneberg. Ein Beitrag zur Masernfrage. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1914, Bd. XXVII, S. 184.

B. Henninson. Über Serumdosierung bei Diphtherie. Allm. Svensk. Läkartidn., 1914, Bd. XI, S. 1.

O. Heubner. Die Einführung des Behringschen Diphtherieheilserums in die Klinik und Praxis. Eine Rückerinnerung. Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 484.

Alexander Hitlin. The throat in scarlet fever. (Der Rachen bei Scharlach.) Med. council, 1913, Bd. XVIII, S. 371.

Hornemann. Das neue Diphtherieschutzmittel v. Behrings. Therapeutische Monatsh., 1913, Bd. XXVII, S. 757.

A. Hougardy. Les prétendus méfaits du sérum antidiphtérique. (Angebliche Schädigungen durch Diphtherieheilserum.) Ann. de la soc. méd.-chirurg. de Liège, 1913, Bd. LII, S. 320.

William E. Hume. A polygraphic study of four cases of diphtheria, with a pathological examination of three cases. (Eine polygraphische Untersuchung von vier Diphtheriefällen, mit dem pathologisch-anatomischen Befund dreier Fälle.) Heart, 1913, Bd. V, S. 25.

Hutinel. A propos de la néphrite scarlatineuse. (Zur Frage der Nephritis bei Scharlach.) Clinique (Paris), 1913, Bd. VIII, S. 690.

— Formes bénignes de la néphrite scarlatineuse. (Gutartige Formen von Scharlachnephritis.) Progr. méd., 1913, Bd. XLIV, S. 514; Rev. internat. de méd. et de chirurg., 1913, Bd. XXIV, S. 359.

— Les septicémies chez l'enfant. (Die Septikämie beim Kinde.) Pédiatr. prat., 1914, Bd. XII, S. 226.

Wm. B. Jack. A case of cutaneous diphtheria. (Ein Fall von Hautdiphtherie.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1913, Bd. X, S. 456.

W. R. Jack. Vaccine-therapy in the treatment of gonococcal vulvovaginitis. (Vakzinebehandlung bei gonorrhoischer Vulvovaginitis.) Glasgow med. Journ., 1913, Bd. LXXX, S. 84.

Grégoire Jacobson. Contribution à l'étude des récidives dans la scarlatine. (Beitrag zum Studium der Scharlachrezidive.) Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 267.

J. Ibrahim. Die chronische Arthritis im Kindesalter. Verhandl. d. deutschen orthop. Gesellschaft, 12. Kongr., Berlin, 1913, S. 130.

Jeanselme. Leishmaniose cutanée et réaction de Wassermann. (Leishmaniosis der Haut und Wassermannsche Reaktion.) Soc. française de Dermatol. et de Syphiligraphie, Paris, 20. April 1914.

R. Jemma. Brevi considerazioni su 110 casi di Leishmaniosi infantile osservati nella Clinica Pediatrica di Palermo. (Kurze Bemerkungen über 110 Fälle der Leishmaniosis, die in der pädiatrischen Klinik in Palermo zur Beobachtung kamen.) La Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 81.

E. Joest und **V. Marjanen.** Histologische Befunde über die Serosentuberkulose des Rindes. Zeitschr. f. Infektionskrankh., parasit. Krankh. u. Hyg. d. Haustiere, 1914, Bd. XV, S. 1.

J. Johnstone Jervis and **V. C. Martyn.** Two cases of diphtheria with unusual complications. (Zwei Diphtheriefälle mit ungewöhnlichen Komplikationen.) Brit. Med. Journ., 1914, Nr. 2781, S. 859.

A. Jurgelunas. Zur Frage der experimentellen Masern. Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh., 1914, Bd. LXXII, S. 483.

Hans Kern. Über eine Anstaltsendemie von Heine-Medinscher Krankheit. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 1053.

Karl Kling. Vaccination préventive contre la varicelle. (Prophylaktische Impfung gegen Varizellen.) Cpt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol., 1913, Bd. LXXV, S. 264.

K. Kling und **C. Levaditi.** Etudes sur la poliomyélite aigue épidémique. (Zum Studium der Poliomyelitis acuta.) Paris, 1913.

W. Knöpfelmacher und **R. Hahn.** Heimkehrfälle bei Scharlach. Monatsschrift f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 673.

Erwin Kobrak. Durch den Diphtheriebazillus hervorgerufene blenorrhoische Prozesse, speziell in der kindlichen Vagina. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 412.

Herbert Koch. Über das Vorexanthem bei Masern. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 1.

— Lupus vulgaris im Anschluß an Masern. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1903, Bd. XII, S. 173.

Richard Koch. Über Scharlachrekonvaleszentenserum. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 2611.

— Über die Konservierung des Scharlachrekonvaleszentenserums. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 2912.

Herrmann Kossel. Zeitliche und örtliche Disposition bei Infektionskrankheiten im Lichte experimenteller Forschung. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 2448.

Kramer. Fatal accidents following the injection of antimeningitis serum. (Unfälle nach der Einspritzung von Antimeningitisserum.) New York Med. Journ., 6. Juni 1914.

L. Lagane. Le kala-azar infantile. (Leishmaniose splénique infantile.) (Kala-azar beim Kinde — infantile Leishmaniose.) Nourrisson, 1914, Bd. II, S. 10.

— Fièvre paratyphoide chez un nourrisson de 8 mois. (Typhoide Erkrankungen durch Paratyphus bei einem 8 Monate alten Säugling.) Pediatr., prat. 1914, Bd. XII, S. 116.

— Méningite cérebro-spinale à bacilles d'Eberth chez un nourrisson. Constatation du bacille dans le liquide céphalo-rachidien et réactions humorales spécifiques. (Zerebrospinalmeningitis durch Typhusbazillen bei einem Säugling. Bazillenbefund in der Lumbalflüssigkeit und spezifische Serumreaktionen.) Nourrisson, 1913, Bd. I, S. 360.

Mc Lain. Diphtheria. West Virginia Med. Journ., Jänner 1914. Wachenheim (New York).

U. Lambotte. Bactériologie, prophylaxie et sérothérapie de la diphtérie. (Bakteriologie, Prophylaxe und Serotherapie der Diphtherie.) Scalpel et Liège méd., 1913, Bd. LXVI, S. 413.

Richard Lederer. Über Scharlachrekonvaleszentenserum. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 2611.

P. Lereboullet und **I. Moricand.** Varicelle du nouveau-né par contagion maternelle. (Varizellen beim Neugeborenen. Ansteckung durch die Mutter.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1914, S. 84; La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 169.

A. Lesage et **C. Bobillier.** La dysenterie amibienne chez les tout petits enfants. (Die Amöbendysenterie bei den ganz kleinen Kindern.) Pédiatrie prat., 1913, Bd. XI, S. 565.

Lesseliers und **G. M. van Duyse.** Prophylaxie de la rougeole. (Prophylaxe der Masern.) Belgique méd., 1914, Bd. XXI, S. 1.

Werner Leo. Die Heine-Medinsche Krankheit in ihren Beziehungen zur Chirurgie. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh., 1913, Bd. VIII, S. 29 und 97.

Stephanie Lichtenstein. Neuere Ergebnisse der Diphtherieforschung. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 776.

Erna Loewy, geb. **Hattendorf.** Beitrag zur pathologischen Histologie der unter dem Bilde der Landryschen Paralyse verlaufenden Fälle von Poliomyelitis acuta anterior. Monatsschr. f. Psychiat. u. Neurol., 1914, Bd. XXXV, S. 470.

Lovett. Principles of the treatment of infantile paralysis. (Grundsätze der Behandlung der Kinderlähmung.) Journ. Amer. Med. Assoc., 24. Jänner 1914. Wachenheim (New York).

Paul Löwenberg. Zum Latenzstadium der Masern. Beobachtungen an 76 Fällen von Masern-Hausinfektion an den Kinderspitälern zu Graz und München. 1893—1912. Dissertation, München, 1913.

E. Löwenstein. Über Immunisierung mit atoxischen Toxinen und mit überkompensierten Toxin-Antitoxinmischungen bei Diphtherie. Zeitschr. f. exper. Pathol. u. Therap., 1914, Bd. XV, S. 279.

William P. Lucas. The value of the blood picture in the early diagnosis of measles, especially in relation to the question of isolation. (Der Wert des Blutbildes bei der Frühdiagnose von Masern, namentlich mit Rücksicht auf die Isolierung.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1914, Bd. VII, S. 149.

— A review of recent work on measles. (Übersicht über die neue Masernliteratur.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 412.

Francesco Luna. Contributo clinico alla conoscenza della scarlatina da ferita. (Klinischer Beitrag zur Kenntnis des Wundscharlachs.) La Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 502.

Paul Luttinger. Vaccine therapy of pertussis. (Vakzinebehandlung des Keuchhustens.) Med. rec., 1913, Bd. LXXXIV, S. 1125.

J. F. O'Malley. Extensive, cicatricial pharyngeal diaphragm following scarlatina. (Ausgedehntes narbiges Diaphragma im Pharynx nach Scharlach.) Proceed of the Roy. Soc. of Med., 1914, Bd. VII, S. 80.

Arthur Mayer. Über das Vorkommen von Tubelkelbazillen im strömenden Blut und in der menschlichen Milch. Zeitschr. f. Tuberkulose, 1913, Bd. XXI, S. 447.

Otto Mayer. Über Diphtheriebekämpfung. Zeitschr. f. Med.-Beamte, 1914, Bd. XXVII, S. 289.

P. Menetrier et **J. Avezou.** Méningite cérébro-spinale chez un nourrisson. Guérison par le sérum antiparaméningoccique. (Zerebrospinalmeningitis bei einem Säugling. Heilung durch Antiparameningokokkenserum.) Bull. et mém. de la soc. des hôp. de Paris, 1914, Bd. XXX, S. 45.

Enrico Mensi. La formola leucocitaria nel morbillo. (Die Leukozytenformel bei Masern.) Gazz. d. osp. e de clin., 1913, Bd. XXXIV, S. 1432.

H. Méry. Vaccinothérapie typhique et collapsus cardiaque. (Typhus-Vakzinetherapie und Herzkollaps.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 525.

Edgar Mey. Über heftige Abdominalschmerzen bei Scharlach. St. Petersburger med. Zeitschr., 1913, Bd. XXXVIII, S. 288.

Friedrich Mielke. Beitrag zur Behandlung von Tetanus mit Magnesium sulfuricum. Therap. Monatsh., 1914, Bd. XXVIII, S. 259.

Moog. Beitrag zur Serumtherapie des Scharlachs. Therap. Monatsh., 1914, Bd. XXVIII, S. 37.

R. Moricheau-Bauchant, R. Guyonnet und **Corbin.** Deux cas simultanés de poliomyélite aigue chez deux enfants d'une même famille: paralysie typique chez l'un, simple état méningé chez l'autre. (2 gleichzeitige Fälle von akuter Poliomyelitis bei 2 Kindern derselben Familie. Typische Paralyse bei dem einen, einfacher meningealer Zustand beim anderen.) Soc. méd. des hôp., 28. Februar 1913.

Mosby. Scarlet fever treatment. (Behandlung des Scharlachfiebers.) Kentucky Med. Journ., 15. April 1914.

Moulton. Bernard treatment of poliomyelitis. (Bernardbehandlung der Poliomyelitis.) California State Journ. of Med., Februar 1914. Wachenheim (New York).

Luigi Carta Mulas. L'adrenalina nella terapia della pertosse. (Behandlung der Pertussis mit Adrenalin.) Gazz. d. osp. e d. clin., 1913, Bd. XXXIV, S. 1295.

J. G. Mc Naught. Notes on an epidemic German measles. (Bemerkungen über eine Rötelnepidemie.) Journ. of the Roy. army med. Corps., 1913, Bd. XXI, S. 439.

Neau. La rougeole des nourrissons. (Masern beim Säugling.) Thèse de Bordeaux, 1913.

Max Neisser und **G. Schuster.** Quantitative Versuche über die Leistungsfähigkeit der bakteriologischen Diphtheriediagnose. Veröffentlichungen d. Medizinal-Verwaltung, 1913, S. 1.

Arnold Netter. Die meningitische Form der Poliomyelitis. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 555.

— Untersuchungen über die vakzinale Allergie der exanthematischen Erkrankungen. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 552.

Arnold Netter et **C. Levaditi.** Myélites aigues diffuses et myélites transverses causées par l'agent de la paralysie infantile. (Akute, diffuse und transversale Myelitiden, hervorgerufen durch den Erreger der Kinderlähmung.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1914, Bd. XXX, S. 570.

A. Netter und **L. Ribadeau-Dumas.** Les manifestations choréiformes dans la poliomyélite (paralysie infantile choréique). (Die choreiformen Manifestationen bei Poliomyelitis. Infantile choreatische Paralyse.) Ann. de méd. et chirurg. infant., 1914, Bd. XVIII, S. 75; Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 881.

Nobécourt und **F. Mercier.** Forme respiratoire des réactions encéphalo-méningées au cours de la fièvre typhoide chez l'enfant. (Respiratorische Form der enzephalo-meningealen Reaktionen im Verlauf des Abdominaltyphus beim Kinde.) Paris méd., 1913, Bd. IV, S. 32.

Oehsenius. Über Keuchhusten und seine Behandlung. Therap. d. Gegenwart, 1913, Bd. LIV, S. 502.

d'Oelsnitz. Dix cas favorables de vaccinothérapie antityphoidique chez l'enfant. Etude des réactions vaccinales. (10 günstig verlaufene Fälle von Vakzinebehandlung des Typhus beim Kind.) Studie über vakzinale Reaktionen.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1914, Bd. XXX, S. 5.

Emilia Palmegiani. Contributo alla casistica della menigite cerebrospinale nei bambini. (Beitrag zur Kasuistik der Zerebrospinalmeningitis bei Kindern.) Gazz. d. osp. e d. clin., 1913, Bd. XXXIV, S. 1529.

M. Péhu et **Favre-Gilly.** Sur un cas de fièvre typhoide à évolution rigoureusement régulière chez un nourrisson de sept mois. (Über einen streng regelmäßig verlaufenden Typhusfall bei einem 7 Monate alten Säugling.) Nourrisson, 1914, Bd. II, S. 156.

Pellot und **Calland.** Perforations intestinales multiples au cours d'une rechute tardive de fièvre typhoide. (Multiple intestinale Perforation im Verlauf eines Spätrückfalles von Typhus.) Paris méd., 19. April 1913.

Perrin. Les inconvénients des sorties pour les coquelucheux. (Die Nachteile des Ausgehens bei Keuchhusten.) Rev. interdat. de méd. et de chirurg., 1914, Bd. XXV, S. 102.

W. Piek. Pemphigus vulgaris bei einem 8jährigen Mädchen. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 58.

Pironneau. La méningite cérébro-spinale épidémique chez le nourrisson. (Epidemische Zerebrospinalmeningitis beim Säugling.) La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 325.

C. v. Pirquet. Die Wiederkehr der Reaktionsfähigkeit auf Tuberkulin an verschiedenen Körperstellen nach dem Verschwinden der Masernenergie. Wiener med. Wochenschr., 1913, Bd. LXIII, S. 2518.

Godfrey R. Pisek. The need of hospitals for whooping cough in New York City. (Die Notwendigkeit von Keuchhustenhospitälern in der Stadt New York.) New York med. Journ., 1914, Bd. XCIX, S. 970.

Johannes Piske. Über interstitielles und subkutanes Emphysem im Verlaufe von Masern. Zentralbl. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XVIII, S. 487.

R. W. Raudnitz. Ductussymptom der Parotitis epidemica. Prager med. Wcohenschr., 1913, Bd. XXXVIII, S. 654.

Redewill. Acute anterior poliomyelitis. Arizona Med. Journ., März 1914. Wachenheim (New York).

F. Reiche. Erkrankungen des Appendix (in einem Falle mit anschließender Pylephlebitis) nach Diphtherie. Mitteilungen a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1913, Bd. XXVII, S. 250.

Edwin Reinhardt. Über Pemphigus neonatorum contagiosus. Zeitschrift f. Geburtsh., 1914, Bd. LXXVI, S. 14.

E. Renaux. Réactions sérologiques dans la coqueluche. (Serologische Reaktionen bei Keuchhusten.) Ann. et bull. de la soc. des sciences méd. et natur. de Bruxelles, 1913, Bd. LXXI, S. 227.

L. Ribadeau-Dumas und **Philippe.** Pyodermie du nourrisson. (Pyodermitis beim Säugling.) Le Nourrisson, 1914, Bd. II, S. 94.

George Richardson. The Rumpel-Leede phenomenon in the diagnosis of scarlet fever (Die Bedeutung des Rumpel-Leedeschen Phänomens für die Diagnose des Scharlachs.) Edinburgh. med. Journ., 1913, Bd. XI, S. 496.

Rimpau. Übertragung von Typhus durch Milch in München, August 1913. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 354.

Julius Ritter. Das Problem des Wesens und der Behandlung des Keuchhustens. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 280.

E. Roedelius. Über das Vorkommen von Diphtheriebazillen im strömenden Blut. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., 1913, Bd. LXXV, S. 497.

J. Rolland und **Buc.** Forme purpurique de la septicémie à pneumocoque. (Purpuraform der Pneumokokkensepsis.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 276.

Paul H. Römer. Bakteriologische Diphtheriestudien. Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 503.

Vittorio Ronchetti. Caso di poliserosite acuta da diplococco di Fraenkel. (Ein Fall von akutem Fraenkelschen Diplokokkus herrührender Polyserositis.) Osp. magg., 1913, Bd. I, S. 661.

Athole Ross and **A. Eisdell Moore.** A case of influenzal meningitis. (Ein Fall von Influenzameningitis.) Brit. med. Journ., 1913, Nr. 2756, 1056.

Paul B. Roth. Report and remarks on a small epidemic of poliomyelitis. (Bericht und Bemerkungen über eine kleine Epidemie von Poliomyelitis.) Lancet, 1913, Bd. II, S. 1378.

Ch. Rowe. Die Behandlung des Scharlachs mit Rekonvaleszentenserum und Normalserum. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 1978.

Rucker. A case of scarlet in a child two weeks old. (Fall von Scharlachfieber bei einem 2wöchentlichen Kinde.) Old Dominian Journ. of Med. and Surg., Jänner 1914. Wachenheim (New York).

G. A. Rueck. A case pneumococcud septicaemi. (Ein Fall von Pneumokokkenseptikämie.) Med. rec., 1913, Bd. LXXXIV, S. 1033.

Ruhräh. The prophylaxis of measles. (Prophylaxe der Masern.) New York Med. Journ., 25. April 1914.

F. D. Rumjanzeff. Über die Viskosität des Blutes bei Infektionskrankheiten der Kinder. Verhandl. d. 12. Pirogoff-Kongresses, St. Petersburg, 1913, Bd. II, S. 74.

F. Rusca. Über einen Fall von Pertussis, geheilt durch eine wegen Perityphlytis gemachte Laparotomie. Beitrag zur Kenntnis der Pertussis. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte, 1914, Bd. XLIV, S. 590.

Edwin W. Ryerson. The surgery of infantile paralysis. (Die chirurgische Behandlung der Kinderlähmung.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 1614.

Hideo Saito. Klinische Beiträge zur Kenntnis der Röteln. (Beobachtungen über eine Epidemie in Port Arthur im Jahre 1913.) Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 54.

Sakkorafos. Le germe morbilleux peut-il résister pendant longtemps? (Ist der Masernkeim lange wiederstandsfähig?) Progr. méd., 1914, Bd. XLII, S. 245.

Saunders, Meisenbach and **Wisdom.** The causation and prevention of infantile paralysis. (Ursache und Verhütung der Kinderlähmung.) Missouri State Med. Assoc. Journ., März 1914. Wachenheim (New York).

Hermann Schaefer-Hieber. Über Phagozytose bei akuten Infektionskrankheiten. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1913, Bd. CXII, S. 14.

Rudolf Schild. Bakteriologische Befunde bei Bazillenruhr im Säuglings- und Kindesalter. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII ,S. 51.

Karl E. F. Schmitz. Beitrag zur Kenntnis der Diphtherie- und der sogenannten Pseudodiphtheriebazillen. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankheiten, 1913, Bd. LXXV, S. 513.

E. Schreiber. Über den jetztigen Stand der aktiven Diphtherieimmunisierung nach Behring. Therap. d. Gegenwart, 1914, Bd. LV, S. 97.

W. Schultz und **L. R. Grote.** Untersuchungen mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren bei Scharlach. Münchener med. Wochenschrift, 1913, Bd. LX, S. 2510.

W. Schürmann. Die bakteriologische Diphtheriediagnose. Fortschr. d. Med., 1913, Bd. XXXI, S. 1093.

A. Seitz. Über sekundäre Appendizitis bei Scharlach. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., 1913, Bd. XIV, S. 470.

A. Sézary. La cuti-réaction à la tuberculine au cours des infections aigues. (Die kutane Tuberkulinreaktion im Verlauf akuter Infektionskrankheiten.) Gaz. des hôp., 1913, Bd. LXXXVI, S. 1789.

E. Mather Sill. The vaccine treatment of whooping-cough. (Vakzinebehandlung des Keuchhustens.) Amer. Journ. of Dis. of Child., Mai 1913.

P. Simon und **Jacquot.** Cinq cas de méningite cérébro-spinale observés à l'hôpital civil de Nancy. (5 Fälle von Meningitis cerebrospinalis am Hospital in Nancy.) Rev. méd. de l'est., 1913, Bd. XLV, S. 745.

E. Siemerling. Meningitis nach follikulärer Angina. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 2287.

Luigi Sivori und **Dario Caffarena.** Sull' azione batterica dei sieri antitossici difterici. (Über die bakterielle Wirksamkeit der antitoxischen Diphtheriesera.) Ann. dell' istit. Maragliano, 1913, Bd. VII, S. 105.

Skoog and **Gibson.** Poliomyelitis acuta. Missouri State Med. Assoc. Journ., Februar 1914. Wachenheim (New York).

A. B. Smallman. Note on some cellular bodies found in a case of mediterranean Leishmaniosis. (Notiz über einige zellige Körper, gefunden in einem Falle von mittelländischer Leishmanoisis.) Journ. of the Roy. army Med. corps., 1913, Bd. XXI, S. 636.

W. Mitchell Smith. Meningitis in children. (Meningitis bei Kindern.) Brit. med. Journ., 1914, Nr. 2783, S. 962.

Soutter. Poliomyelitis. Operative treatment. (Operative Nachbehandlung der Kinderlähmung.) Boston Med. and Surg. Journ., 2. April 1914. Wachenheim (New York).

Fritz Spieler. Erfahrungen aus der letzten Wiener Rötelnepidemie. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 88.

Spitzy. Vier Fälle von Sehnenplastik nach abgelaufener poliomyelitischer Lähmung. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 60.

H. Stadler. Die Magnesiumsulfatbehandlung des Tetanus. Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 15.

Chas. A. Stammel jun. General cutaneous emphysema in Whooping-cough. (Allgemeines Hautemphysem bei Keuchhusten.) Lancet-clin., 1914, Bd. CXI, S. 442.

Emanuel Steinschneider. Masern bei einem 9 Tage alten Säugling. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 441.

Stephani. Kurzer Beitrag zur Ätiologie der Masern als Schulkrankheit. Zeitschr. f. Schulgesundsheitspfl., 1914, Bd. XXVII, S. 198.

H. C. Storrie. Haemorrhagic and gangrenous varicella, with notes of two cases. (Hämorrhagische und gangränöse Varizellen, mit Mitteilung zweier Fälle.) British Journ. of Childr. Dis., 1914, Bd. XI, S. 62.

W. Strauß. Ein Fall von primär chronischem Gelenkrheumatismus mit allgemeiner Lymphdrüsenschwellung. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 58.

G. A. Sutherland. Case of anterior poliomyelitis paralysis of abdominal muscles-collapse of lung. (Ein Fall von poliomyelitischer Lähmung der Bauchmuskeln. Lungenkollaps.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VII, S. 31.

Sylvester. The tragic aspects of whooping-cough. (Tragische Seite des Keuchhustens.) Boston Med. and Surg. Journ., 19. März 1914. Wachenheim (New York).

Felix v. Szontagh. Über die Kontagiosität infektiöser Krankheiten. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 1635, 1686.

Oluf Thomsen. Experimentelle Arbeiten über Poliomyelitis. Übersichtsreferat. Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 309.

Trumpy. Beobachtungen über eine Morbillenepidemie. Tidskrift f. d. norske Laegeforening., 1913, Bd. XXXIII, S. 537.

Laura Turnau. Über Diphtherie. Mutter und Kind, 1914, Bd. VI, S. 2.

Albert Uffenheimer. Der Stand der Heine-Medinschen Krankheit (epidemische Kinderlähmung) in Bayern (auf Grund der von der Münchener Gesellschaft für Kinderheilknde veranstalteten Sammelforschung). Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 2833.

Viktor Veau und **Weber.** Gangrène du pied dans la diphtérie. (Fußgangrän bei Diphtherie.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1914, S. 177.

Van Wart. Epidemic cerebrospinal meningitis. New Orleans Med. and Surg. Journ., Februar 1914. Wachenheim (New York).

F. Weihe und **J. Schürer.** Über die Ruhr der kleinen Kinder. Zeitschrift f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 36.

E. Weill und **Ch. Gardère.** Les érythèmes infectieux au cours de la rougeole. (Infektiöse Erytheme im Verlauf von Masern.) Rev. de méd., 10. Juli 1913. Wachenheim (New York).

Louis Weiß. Diphtheria, a rational consideration. (Rationelle Betrachtungen über Diphtherie.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 30.

Ww. Weston. Malaria in infants. (Malaria im Kindesalter.) Arch. of pediatr., 1914, Bd. XXXI, S. 244.

W. Wick. Morbilloid. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1914, Bd. XVIII, S. 345.

Georg Wolff. Ein geheilter Fall von Tetanus neonatorum. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 1789.

Tuberkulose.

Louis C. Ager. Clinical reports of ten cases of pulmonary tuberculosis in children treated with mixed bacterins. (Klinischer Bericht über 10 Fälle von kindlicher Lungentuberkulose, die mit gemischter Bakterienvakzine behandelt wurden.) New York. State Journ. of Med., 1913, Bd. XIII, S. 390.

A. Aimes et **A. Delord.** Hérédo-syphilis à lésions multiples. (Kongenitale Syphilis mit multiplen Läsionen.) Montpellier méd., Bd. LVII, S. 30.

Geo A. Allan. Tuberculous meningitis (bovine infection) in an infant 12 aged weeks. (Tuberkulöse Meningitis (bovine Infektion) bei einem 12 Wochen alten Säugling.) Lancet, 1913, Bd. II, S. 1535.

Alfred Arnstein. Senile Syringomyelie auf luetischer Basis. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 83.

Hans Aronson. Experimentelle Untersuchungen über Tuberkulin und Tuberkulose. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 487.

Hugh T. Ashby. Some results of tuberculosis in childhood. (Einige Ergebnisse der Forschung über Kindertuberkulose.) Med. chronicle, 1914, Bd. LVIII, S. 425.

K. Bähr. Das Skrophuloderma des ersten Lebensjahres, ein Beitrag zur Beurteilung therapeutischer Erfolge bei Tuberkulose. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 699.

Karl Beck. Weitere Erfahrungen mit Rosenbachschem Tuberkulin bei der kindlichen Tuberkulose. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 101.

Robert Behla. Der Verlauf der Gesamttuberkulosemortalitätsstatistik in Preußen seit 1876 nach Altersklassen und die spezialisierte Kindertuberkulosestatistik. Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1950.

Max Bockhorn. Die exsudativ-lymphatische Diathese und die Prophylaxe in der Tuberkulosebekämpfung. Deutsche med. Wochenschrift, 1914, Bd. XL, S. 960.

Bogusat. Im Kampfe gegen Tuberkulose. Säuglingssterblichkeit und Alkoholmißbrauch. Soz. Hyg. u. prakt. Med., 1913, Bd. XXI, S. 441.

L. M. Bonnet et **Jean Lacassagne.** Fracture diaphysaire hérédosyphilitique. (Diaphysenfraktur bei Syphilis congenita.) Lyon méd., 1914, Bd. CXXII, S. 533.

Sidney Boyd. Specimen of tuberculous kidney removed from a child, aged 3 years. (Präparat einer tuberkulösen Niere, die einem 3jährigen Kinde exstirpiert wurde.) Proc. of the Roy. Soc. of Med., London, 1914, Bd. VII, S. 114.

A. Broca und **Philbert.** Radiographies de tuberculose diaphysaire des os longs. (Radiographie von diaphysärer Tuberkulose der langen Röhrenknochen.) Paris méd., 17. Mai 1913.

Cailliau. Etude histologique d'un cas de gastrite interstitielle chez un grand vomisseur atteint d'hypertrophie tuberculeuse. (Histologische Studie über einen Fall von interstitieller Gastritis bei einem an tuberkulöser Hypertrophie erkrankten, an starkem Erbrechen leidenden Kinde.) La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 427.

Cesare Cattaneo. Le polverizzazioni salsoiodiche negli stati pretubercolari della infanzia. (Über die Wirkung von Jodsalzinhalationen beim Status praetuberculosus der Kinder.) Idrologia la climatol. e la terap. fis., 1913, Bd. XXIV, S. 322.

S. Cannata. La reazione alle luetina del Noguchi nell' eredo-sifilide. (Luetinreaktion bei hereditärer Syphilis.) La Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 481.

P. Chaussé. Les voies de pénétration du virus tuberculeux chez le veau et le pouvoir tuberculigène du lait de vache. (Die Eintrittspforten des tuberkulösen Virus beim Kalb und die Tuberkulose hervorrufende Fähigkeit der Kuhmilch.) Compt. rend. hebdom. d. séanc. de l'acad., d. scienc., 1913, Bd. CLVII, S. 642.

Philipp S. Chancellor. Beitrag zur Frage des Primäreffektes bei der Tuberkulose. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 12.

Carlo Comba. La tubercolosi nell' infanzia. (Über Kindertuberkulose.) Tubercolosi, 1913, Bd. VI, S. 57.

F. G. Crookshank. Some notes concerning tuberculosis and the London child. (Einige Bemerkungen über Tuberkulose und Londoner Kinder.) Interstate med. Journ., 1914, Bd. XXI, S. 381.

René Cruchet. Les formes cliniques de la tuberculose chronique du nourrisson. (Die klinischen Formen der chronischen Tuberkulose des Säuglings.) Ann. de méd. et chirurg. infant., 1913, Bd. XVII, S. 763.

A. Dingwall Fordyce and **E. W. Scott Carmichael.** Nasopharyngeal and cervical glandular tuberculosis in children. (Tuberkulose des Nasenrachenraumes und der Zervikaldrüsen bei Kindern.) Lancet, 1914, Bd. I, S. 23.

Henri Dufour et **J. Thiers.** Transmission de la tuberculose de la mère au foetus. (Übertragung der Tuberkulose von der Mutter auf den Fötus.) Ann. de méd. et chirurg. infant., 1913, Bd. XVII,. S 435; Gynécologie, 1913, Bd. XVII, S. 400.

Dufrane. Contribution à l'étude de la tuberculose rénale chez l'enfant. (Nierentuberkulose beim Kind.) Thèse Bordeaux, 1913.

Fr. Duncker. Lungenhernie bei Spondylitis tuberculosa. Arch. f. Orthop., Mechanotherap. u. Unfallchirurg., 1914, Bd. XIII, S. 140.

Engel. Die Bronchialdrüsentuberkulose der Kinder. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1913, Bd. X, S. 673.

Maurice Fishberg. A study of the child inthe tuberculous milieu. (Eine Studie über das Kind im tuberkulösen Milieu.) Arch. of pediatr., 1914, Bd. XXXI, S. 96 und 197.

Floyd. The tuberculous child. (Das tuberkulöse Kind.) Boston Med. and Surg. Jounr., 30. April 1914. Wachenheim (New York).

Ferdinando Fonzo. Incidenti secondarii alla cutireazione di v. Pirquet. (Caso di necrosi cutaneo.) (Sekundäre Erscheinungen der Pirquetschen Reaktion; Fall von Hautnekrose.) La Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 523.

Froelich. De l'évolution de la tuberculose chirurgicale chez le nourrisson. (Entwicklung der chirurgischen Tuberkulose beim Säugling.) Arch. de Méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 161.

C. Garré. Über die Behandlung der Gelenktuberkulose und der tuberkulösen Spondylitis und ihre Erfolge. Bruns Beitr. z. klin. Chirurgie, 1913, Bd. LXXXVII, S. 1.

A. Ghon und **B. Roman.** Pathologisch-anatomische Studien über die Tuberkulose bei Säuglingen und Kindern, zugleich ein Beitrag zur Anatomie der lymphogenen Abflußbahnen der Lungen. Sitzungsbericht d. kais. Akad. d. Wissensch., math.-naturwiss. Kurs, 1913, Bd. CXXII, S. 55.

Wilhelm Gölz. Über den Wert der Symptome bei Bronchialdrüsentuberkulose. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 194.

Hamburger. Jetziger Stand der Lehre von der kindlichen Tuberkulose und Skrofulose sowie ihre Behandlung. Zeitschr. f. ärzt. Fortbildung, 1914, Bd. XI, S. 132.

Stephen Harnsberger. Medical treatment of tuberculosis. (Tuberkulosebehandlung.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 775.

O. v. Hellens. Tuberkulöse Infektion in der Kindheit und hereditäre Belastung bei Lungentuberkulose. Finska Läkaresällsk. Handl., 1913, Bd. LV, S. 558.

Alfred F. Hess. The tuberculosis preventorium for children. A new weapon in the antituberculosis campaign. (Tuberkuloseprophylaxe für Kinder. Eine neue Waffe im Kampfe gegen die Tuberkulose.) Child., 1913, Bd. IV, S. 189.

Hutinel. Fièvre tuberculeuse chez l'enfant. (Tuberkulöses Fieber beim Kinde.) Pédiatr. prat., 1913, Bd. XI, S. 530; S. 599.

— Sur une forme curieuse de péricardite tuberculeuse. (Eine seltene Form der tuberkulösen Perikarditis.) Rev. internat. de méd. et de chirurg., 1914, Bd. XXV, S. 97.

Ickert. Die Bewahrung der Kinder vor der Tuberkulose. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 2255.

Max Jerusalem. Die Sonnenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose im Kindes- und jugendlichen Alter. Wiener klin. Rundschau, 1914, Bd. XXVIII, S. 223.

Hans Karfunkel. The prevention of tuberculosis in children. (Tuberkulose-Prophylaxe beim Kinde.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 291.

Michio Kasahara. Zur Frage der Spezifizität der kutanen Tuberkulinreaktion nach v. Pirquet. Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der pathologischen Anatomie bei der Diphtherietoxin-Kutanreaktion. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 72.

W. Knoll. Die Skrofulosen der Züricher Heilstätte von 1885—1911. Beitr. z. Klin. d. Tuberk., 1914, Bd. XXIX, S. 359.

Edward B. Krumghaar and **John H. Musser jr.** Diagnostic value of percutaneous tuberculin test (Moro). (Der diagnostische Wert der perkutanen Tuberkulinprobe (Moro).) Amer. Journ. of the Med. Sciences, 1914, Bd. CXLVII, S. 540.

Küchenhoff. Über den prognostischen und diagnostischen Wert der kutanen Tuberkulinprüfung im Kindesalter. Deutsche med. Wochenschr., 1914, Bd. XL, S. 229.

W. E. Ladd. The treatment of cervical adenitis in children. (Die Behandlung tuberkulöser Halsdrüsen im Kindesalter.) Boston med. and Surg. Journ., 1914, Bd. CLXX, S. 532.

P. Lehmann. Über das Vorkommen virulenter Tuberkelbazillen in strömendem Blut bei Kindern. Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose, 1914, Bd. XXX, S. 477.

Jerome S. Leopold. A case of tuberculosis of the lungs, liver and spleen, with general glandular enlargement in a child. (Ein Fall von Tuberkulose der Lunge, Leber und Milz mit allgemeiner Drüsenschwellung bei einem Kinde.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1914, Bd. VII, S. 292.

Piero Ligabue. Sur valore diagnostico della cutireazione tuberculinica con il metodo di v. Pirquet nella tubercolosi chirurgica del bambino. (Über den diagnostischen Wert der Tuberkulin-Kutireaktion nach der v. Pirquetschen Methode bei der chirurgischen Kindertuberkulose.) Clin. chirurg., 1914, Bd. XXII, S. 399.

A. J. Bruce Leckie. The cutaneous tuberculin reaction of v. Pirquet. (Die Tuberkulinhautreaktion von v. Pirquet.) Brit. Med. Journ., 1914, Nr. 2785, S. 1066.

Oliver Lyons. Tuberculosis of the genital organs in children. (Tuberkulose der Genitalorgane der Kinder.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 2051.

W. Leslie Mackenzie. Tuberculosis in scottish school children. (Tuberkulose bei Schulkindern in Schottland.) Tuberculosis, 1914, Bd. XIII, S. 15.

A. B. Marfan. Sur la tuberculose chronique du péritoine dans la première enfance avec des considérations sur les diverses formes de gros ventre chez le nourrisson. (Über die chronische Tuberkulose des Peritoneums in der ersten Kindheit mit Berücksichtigung der verschiedenen Formen des Meteorismus beim Säugling.) Nourrisson, 1914, Bd. II, S. 129.

A. B. Marfan et **Dora Mantoux.** La toux bitonale dans la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques chez le nourrisson. (Der bitonale Husten bei der Tuberkulose der Tracheobronchialdrüsen des Säuglings.) Nourrisson, 1913, Bd. I, S. 325.

Erich Müller. Die Tuberkulose im Kindesalter, ihre Behandlung und Prophylaxe. Klinischer Vortrag. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 137

P. Nobécourt und **G. Schreiber.** Préservation de l'enfant du premier âge contre la tuberculose. De la nécessité d'éloigner l'enfant, dès la naissance, du milieu familial tuberculeux. (Prophylaxe gegen Tuberkulose beim Säugling. Notwendigkeit, das Kind von der Geburt aus der tuberkulösen Familie zu entfernen.) Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 241.

Northrup. Disseminated miliary tuberculosis of lungs and skin. (Disseminierte miliäre Lungen- und Hauttuberkulose.) Amer. Journ. Dis. Children, Jänner 1914. Wachenheim (New York).

Hugo Nothmann. Über kutane Impfung mit humanem und bovinem Tuberkulin. Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose, 1914, Bd. XXX, S. 447.

D'Oelsnitz und **Paschetta.** Etude radiologique de l'adénopathie trachéobronchique chez l'enfant. (Radiologische Untersuchungen über die Bronchialdrüsentuberkulose.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 818.

Th. A. Ossinin. Beiträge zum Studium der latenten Tuberkulose bei Säuglingen. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 618.

R. v. Ostertag. Tuberkulose und Milch. Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhygiene, 1913, Bd. XXIV, S. 49, 75 und 99.

B. Overland. Untersuchungen mit v. Pirquets Reaktion. Zeitschr. f. Tuberkulose, 1913, Bd. XX, S. 252.

J. King Patrick. Tuberculin in the diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis. (Tuberkulin bei der Diagnose und Behandlung der Lungentuberkulose.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 756.

Pontoizeau. Contribution à l'étude de quelques agents du traitement médical de la péritonite tuberculeuse (héliothérapie, photothérapie iodothérapie.) (Zur Kennntis der medikamentösen Behandlung der tuberkulösen Peritonitis.) Thèse de Paris, 1913.

Abner Post. Mortality of hereditary syphilis. (Sterblichkeit bei hereditärer Syphilis.) Boston Med. and Surg. Journ., 1914, Bd. CLXX, S. 113.

G. Railliet. Tuberculose et vers intestinaux. De quelques erreurs de diagnostic dues à l'helminthiase. (Tuberkulose und Würmer. Über einige diagnostische Irrtümer infolge Helminthiasis.) Rev. de la tubercul., Sér. 2, 1913, Bd. X, S. 269.

L. Ribadeau-Dumas, Maingot et **Albert Weill.** Diagnostic de la tuberculose pulmonaire du nourrisson par la radiographie rapide. (Die Diagnose der Lungentuberkulose des Säuglings durch Momentaufnahmen mit Röntgenstrahlen.) Ann. de méd. et chirurg. infant., 1914, Bd. XVIII, S. 78.

Gustav Riether. Syphilis und Findelanstalt. Wiener med. Wochenschrift, 1914, Bd. LXIV, S. 112.

K. v. Ruck und **H. J. Achard.** Specific resistance in tuberculosis its increase by prophylactic vaccination, with special reference to children. (Spezifische Widerstandsfähigkeit gegen Tuberkulose, Erhöhung derselben durch prophylaktische Impfung mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 742.

Sevin. Purpura et tuberculose chez les enfants. (Purpura und Tuberkulose beim Kinde.) Thèse de Paris, 1913.

Louis Shalet. Tuberculosis and the v. Pirquet test in children. (Tuberkulose und die v. Pirquetsche Reaktion bei Kindern.) Med. rec., 1913, Bd. LXXXIV, S. 1032.

Herman B. Sheffield. Diagnostic pitfalls in pediatrics. 1. Miliary tuberculosis. (Fehldiagnosen in der Kinderheilkunde. 1. Miliartuberkulose.) Arch. of Diagn., 1914, Bd. VII, S. 51.

M. Simmonds. Über Tuberkulose der Hypophysis. Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat., 1914, Bd. XXV, S. 194.

N. Stricker. Zur Tuberkulindiagnostik im Kindesalter. Dissertation, Freiberg i. Br., 1913.

Thiele. Über Schulkinder mit offener Lungentuberkulose. Der Schularzt, 1914, Bd. XII, S. 1.

André Trèves. A propos de l'héliothérapie dans les tuberculoses chirurgicales. (Zur Heliotherapie bei chirurgischer Tuberkulose.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 245.

Gustav Tugendreich. Über die Prognose der Säuglingstuberkulose. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 2417.

G. Variot und **Chatelin.** Dextrocardie acquise et infantilisme d'origine tuberculeuse. (Erworbene Dextrokardie und Infantilismus tuberkulösen Ursprungs beim Säugling.) La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 236.

Paul Vollmer. Die Tuberkulose im schulpflichtigen Alter und ihre Bekämpfung. Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose, 1914, Bd. XXIX, S. 311.

Wiener. Tuberculose rénale chez l'enfant. (Nierentuberkulose beim Kinde.) Soc. d'Anat. pathol. de Bruxelles, 3. Juni 1914.

La péricardite tuberculeuse chez les enfants. (Tuberkulöse Perikarditis beim Kinde.) Semaine méd., 1914, Bd. XXXIV, S. 241.

Syphilis.

Pierre Adeline. Origine syphilitique de la maladie de Little. (Syphilitischer Ursprung der Littleschen Krankheit.) Thèse de Paris, 1913, Nr. 199.

Hubert Armstrong. On some clinical manifestations of congenital syphilis. (Über einige klinische Manifestationen der kongenitalen Syphilis.) Brit. Med. Journ., 1914, Nr. 2783, S. 958.

L. d'Astros und **M. Teissonnière.** La réaction de Wassermann chez le nouveau-né et le nourrisson. Etudiée chez 500 enfants du service des enfants assistés des Bouches-du-Rhône. (Die Wassermannsche Reaktion beim Neugeborenen und Säugling. Ausprobiert bei 500 Kindern vom „Services des enfants assistés des Departements Bouches-du-Rhône".) Pédiatr. prat., 1913, Bd. XI, S. 46.

Aurel A. Babès. Amputations congénitales des doigts chez un hérédo-syphilitique. Considérations sur l'étiologie de cette maladie. (Kongenitale Amputation der Finger bei einem hereditär-luetischen Kinde. Betrachtungen über die Ätiologie dieser Erkrankung.) Ann. de dermatol. et de syphiligr., 1914, Bd. V, S. 155.

L. Babonneix. Hérédo-syphilis et encéphalopathies infantiles. (Die Beziehungen der kongenitalen Syphilis zu den Gehirnkrankheiten im Kindesalter.) Ann. des malad. vénér., 1914, Bd. IX, S. 81.

L. Babonneix et **L. Tixier.** Hémiplégie infantile chez un hérédo-syphilitique. (Hemiplegie bei einem hereditär-syphilitschen Kinde.) Bull. de la Soc. de pédiatr. de Paris, 1914, S. 198.

Balzer et **R. Barthélemy.** Chancre syphilitique de la jambe chez un garçon de neuf ans. (Syphilitischer Primäraffekt bei 9jährigem Knaben.) Bull. de la Soc. française de dermatol. et de syphiligr., 1914, Bd. XXV, S. 192.

Balzer, Galloit und **Champtassin.** Arthrite hérédo-syphilitique du coude. (Heredo-syphilitische Arthritis des Ellenbogens.) Société française de dermatologie et de syphiligraphie. Paris, 20. April 1914.

Henry Barbier. Les nourrissons hérédo-syphilitiques et leur alimentation. (Die heredo-syphilitischen Säuglinge und ihre Ernährung.) Rev. prat. d'obstétr. et de pédiatrie, 1913, Bd. XXVI, S. 239.

Germain Blechmann. Technique des injections par les veines jugulaires et épicraniennes chez les nourrissons. Ses applications au traitement de la syphilis héréditaire par le néosalvarsan. (Injektionstechnik der intravenösen Neosalvarsanapplikation in die Jugular- und Schädelvenen zur Behandlung der Lues congenita beim Säugling.) Paris méd., 1914, Bd. IV, S. 205.

Harald Boas. Ein Fall von kongenitaler Syphilis 20 Jahre nach der Infektion der Mutter. Kasuistische Mitteilung. Dermatol. Wochenschrift, 1914, Bd. LVIII, S. 372.

Brisson. Recherches faites sur la réaction de Wassermann et sur les résultats obtenus par l'emploi du salvarsan et du néo-salvarsan chez les femmes enceintes et les nouveau-nés. (Untersuchungen über die Wassermannsche Reaktion und die durch Salvarsan und Neosalvarsan erzielten Resultate bei Schwangeren und Neugeborenen.) Thèse de Paris, 1913.

Alan Brown. The luetin reaction in infancy. (Die Luetinreaktion im Säuglingsalter.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 171.

Cassoute. Quelques considérations à propos d'un Wassermann positif chez un nourrisson et négatif chez sa mère. (Betrachtungen über einen Fall von positiver Wassermannscher Reaktion bei einem Säugling und negativer Reaktion bei der Mutter.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1914, S. 166.

W. M. Elliott. Some observations on the occurence of the Wassermann reaction in the serum of the children of the poorer classes. (Einige Beobachtungen über das Vorkommen der Wassermannschen Reaktion im Serum von Kindern ärmerer Bevölkerungsklassen.) Glasgow med. Journ., 1914, Bd. LXXXI, S. 339.

E. Gaucher. The functional nervous disturbances of quaternary hereditary syphilis. (Die funktionellen nervösen Störungen bei hereditärer Syphilis im IV. Stadium.) Urol. a. cut. rev. techn. suppl., 1913, Bd. I, S. 346.

J. Leslie Gordon. The incidence of inherited syphilis in congenital mental deficiency. (Die Häufigkeit von Erbsyphilis bei angeborener geistiger Minderwertigkeit.) Lancet, 1913, Bd. II, S. 861.

H. Hintzelmann. Klinischer Beitrag zur Frage der spezifischen Nephritis bei Erbsyphilis. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 27.

L. Emmett Holt und **Alan Brown.** Results with salvarsan in hereditary syphilis. (Erfolge mit Salvarsan bei der Syphilis hereditaria.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 174.

J. F. J. Huguet. La paralysie générale dans le jeune âge et la syphilis héréditaire. Thèse de Paris, 1913, Nr. 37.

E. Kirmisson. Rachitisme; exostoses multiples; fractures spontanées: retard de la consolidation chez un enfant atteinte de syphilis héréditaire. (Rachitis; multiple Exostosen; Spontanfrakturen; Verzögerung der Konsolidation bei einem Kinde mit hereditärer Syphilis.) Bull. méd., 1913, Bd. XXVII, S. 849.

H. Méry und **G. Heuyer.** Hérédo-syphilis des deux tibias à forme inflammatoire. (Hereditäre Syphilis beider Tibien entzündlichen Charakters.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 319.

J. Milhit. Dilatations bronchiques et hérédo-syphilis chez l'enfant. (Bronchienerweiterung und Syphilis hereditaria beim Kinde.) Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 105.

Mutel. Mal de Pott syphilitique chez un hérédo. (Pottsche Krankheit syphilitischen Ursprungs bei einem hereditär-syphilitischen Kinde.) Rev. méd. de l'est, 1914, Bd. XLVI, S. 174.

Hans Neugebauer. Syphilis hereditaria und Aortenveränderungen. Wiener klin. Wochenschr., 1914, Bd. XXVII, S. 503.

Rinaldo Pellegrini. Contributo alla conoscenza delle leucoencefaliti negli eredosifilitici. (Beitrag zur Kenntnis der Enzephalitis der weißen Hirnsubstanz bei Heredosyphilitikern.) Morgagni Tl. 1, 1914, Bd. LVI, S. 134.

Prince. Paralysie générale juvénile gommeuse chez un hérédo-syphilitique épileptique. Soc. clin. de méd. mentale, Paris, 15. Juni 1914.

Marcus Rabinowitsch. Syphilis und Wassermannsche Reaktion bei den Findelsäuglingen. Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh., 1913, Bd. LXXII, S. 344.

Wilse Robinson. Syphilis of the nervous system in infancy. childhood and early adult life. (Syphilis des Nervensystems beim Säugling,

beim Kind und Jugendlichen.) Interstate Med. Journ., 1913, Bd. XX, S. 1038.

Edm. Roux. La réaction de Wassermann chez le nouveau-né et le nourrisson. (Die Wassermannsche Reaktion beim Neugeborenen und beim Säugling.) Thèse de Montpellier, 1913.

Savariaud. Les manifestations osseuses et articulaires de l'hérédosyphilis chez l'enfant. (Knochen- und Gelenkserscheinungen der hereditären Syphilis beim Kinde.) Journ. de méd. de Paris, Bd. XXXIII, S. 875.

L. Senleco. Contribution à l'étude de la méningite syphilitique chez l'enfant. (Zur Kenntnis der Meningitis syphilitica beim Kinde.) Bull. de la Soc. de l'internat. des hôp. de Paris, 1914, Bd. XI, S. 41.

Silberzweig. Lésions oculaires tardives de la syphilis congénitale. (Später auftretende Augenläsionen bei kongenitaler Lues.) Thèse de Nancy, 1913, Nr. 1007.

Russell Steele. Congenital syphilis. (Erbsyphilis.) British Med. Journ., 1913, Nr. 2761, S. 1435.

Berel Straßburg. Die Gitterfasern der Leber bei kongenitaler Syphilis. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol., 1914, Bd. LVIII, S. 615.

George S. Strathy und **George A. Campbell.** Results of treatment with salvarsan in late congenital syphilis. (Erfolge der Salvarsanbehandlung bei kongenitaler Spätsyphilis.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 187.

Tixier. Wassermannsche Reaktion bei Kindern. Tijdschr. v. Geneesk., 1914, Bd. LVIII, S. 1023.

Odorico Viana. A proposito della diagnosi precoce de sifilide nei brefotrofi. (Zur Frühdiagnose der Syphilis im Findelhaus.) Riv. di clin. pediatr., 1913, Bd. XI, S. 894.

H. Ferguson Watson. The Wassermann reaction in children diseases. (Die Wassermannsche Reaktion bei Kinderkrankheiten.) Glasgow med. Journ., 1913, Bd. LXXX, S. 303.

Guido Werlich. Über Myokarditis syphilitica congenita. Mitteilg. a. d. Hamburger Staatskrankenanstalt, 1913, Bd. XIV, S. 83.

Yerington and **Holselaw.** A consideration of tardy syphilis. (Betrachtungen über Spätsyphilis.) Amer. Journ. Dis. Children, Jänner 1914. Wachenheim (New York).

J. J. Zaun. Sudden complete blindness as the first evidence of congenital syphilis in a girl aged 14 years. (Plötzliche völlige Erblindung als erstes Symptom angeborener Syphilis bei einem 14jährigen Mädchen.) St. Paul med. Journ., 1913, Bd. XV, S. 178.

Etude pratique de la syphilis héréditaire chez le nourrisson. (Praktische Untersuchung über Syphilis hereditaria beim Säugling.) La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 13.

Zirkulationsapparat.

D. B. Boks. Oedème congénitale familial des extrémités inférieures. (Angeborenes familiäres Ödem der unteren Extremitäten.) Nouv. iconogt. de la salpêtr., 1913, Bd. XXVI, S. 316.

D. Grant Campbell und **W. G. Hepburn.** Case reports congenital cardiac disease. (Bericht über einen Fall von kongenitalem Herzfehler.) Canadian med. Assoc. Journ., 1913, Bd. III, S. 871.

Henry Dwight Chapin. Cases of edema in infants. (Ödem beim Säugling.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 5.

F. G. Crookshank. Case of congenital heart disease. (Fall von kongenitaler Herzerkrankung.) Proc. of the Roy. Soc. of Med., London, 1914, Bd. VII, S. 108.

Karl Fromberg. Studien über den Ductus arteriosus. Arb. a. d. pathol. Institut Tübingen, 1914, Bd. IX, S. 198.

A. Häberle. Über angeborene Pulmonalatresie und Aortenstenose. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1913, Bd. LXXV, S. 124.

Adolf F. Hecht. Das Morgagni-Adams-Stokessche Syndrom im Kindesalter und seine Behandlung. Wiener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXIV, S. 178.

Robert Hutchison and **John Parkinson.** Paroxysmal tachycardia in a child, aged 2¾. (Paroxysmale Tachykardie bei einem 2¾ Jahre alten Mädchen.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1914, Bd. VII, S. 117.

Hutinel. Insuffisance du ventricule gauche dans les néphrites et les cardiopathies graves de l'enfant. (Insuffizienz des linken Ventrikels bei schweren Nieren- und Herzaffektionen im Kindesalter.) Pédiatr. prat., 1914, Bd. XII, S. 53.

Percy Kidd. Paroxysmal tachycardia in a boy, aged 4½. (Paroxysmale Tachykardie bei einem 4½jährigen Knaben.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1914, Bd. VII, S. 124.

Guido Lendertz. Zur Kasuistik der angeborenen allgemeinen Wassersucht. Dissertation, München, 1913.

Lucas and **Wentworth.** Treatment of rheumatic endocarditis. (Behandlung der rheumatischen Endokarditis.) Amer. Journ. Dis. Children, Jänner 1914. Wachenheim (New York).

H. Méry, H. Salin et **A. Wilborts.** Asystolie à répétition consécutive à la dilatation aigue primitive du coeur chez l'enfant. (Wiederholte Asystolie nach akuter primärer Herzdilatation beim Kind.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1914, Bd. XXX, S. 457.

P. Nobécourt. L'asystolie chez les enfants. (Asystolie beim Kind.) Journ. de méd. de Paris, 1913, Bd. XXXIII, S. 795; Med. infant., 1913, Bd. XXI, S. 265.

— Les dilatations et hypertrophies du coeur. Les troubles du rhythme cardiaque chez les enfants. (Dilatation und Hypertrophie des Herzens, Herzrhythmusstörungen beim Kinde.) Journ. de méd. de Paris, 1913, Bd. XXXIII, S. 915.

— Les péricardites aigues chez les enfants. (Die akute Perikarditis beim Kind.) Méd. infant., 1913, Bd. XXI, S. 169.

— Péricarditis chronique et symphyses du péricarde chez les enfants. (Chronische Perikarditiden und Lymphysen des Perikards bei Kindern.) Journ. de méd. de Paris, 1913, Bd. XXXIII, S. 719.

A. Pic, P. Dufour und **P. Durand.** Cyanose congénitale tardive à forme fruste. (Symptomenarme, spät einsetzende kongenitale Zyanose.) Lyon méd., 1914, Bd. CXXII, S. 392.

Pironneau. La cyanose congénitale paroxystique. (Paroxystische kongenitale Zyanose.) La clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 129.

— Maladie de H. Rocher. Innoclusion du septum ventriculaire sans rétrécissement de l'atère pulmonaire et sans cyanose. (Innoklusion der Kammerscheidewand ohne Stenose der Arteria pulmonalis und ohne Zyanose.) La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 115.

Thomas Morgan Rotch and **Hunter Dunn.** Acquired cardiac disease in childhood, résumé of recent literature. (Erworbene Herzkrankheiten im Kindesalter. Übersicht über die neuere Literatur.) Boston Med. and Surg. Journ., 1914, Bd. CLXX, S. 237.

G. A. Sutherland und **Carey F. Coombs.** A case of acute rheumatic carditis and auricular fibrillation in a child. (Ein Fall von akuter rheumatischer Karditis und Vorhofflimmern bei einem Kinde.) Heart, 1913, Bd. V, S. 15.

E. Vogt. Das Arteriensystem Neugeborener im Röntgenbilde. Fortschritte a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen, 1913, Bd. XXI, S. 32.

Waterman. A review of the literature on osmosis and edema in infancy and childhood. (Übersicht der Literatur über Osmose und Ödem im Kindesalter.) Arch. of Pediatr., Februar, 1914.
Wachenheim (New York).

Respirationsorgane.

R. R. B. Armstrong. Observations on four cases relapsing pneumonia in young children. (Beobachtungen über vier Fälle von rezidivierender Lungenentzündung bei jungen Kindern.) British Journ. of Child. Dis., 1913, Bd. X, S. 444.

Crespin und **Alaux.** Pneumonie du nourrisson. (Säuglingspneumonie.) Soc. de méd. d'Alger., 18. Februar 1914.

Damon. Bronchopneumonia in children. (Bronchopneumonie bei Kindern.) Maine Med. Assoc. Journ., April 1914.
Wachenheim (New York).

Albert Delcourt. Le traitement des pneumonies et des broncho-pneumonies infantiles par les inhalations d'oxygène. (Behandlung der Pneumonien und Bronchopneumonien beim Kinde durch Sauerstoffinhalationen.) Ann. et bull. de la soc. roy. des sciences méd. et natur. de Bruxelles, 1913, Bd. LXXI, S. 42.

F. H. Edgeworth. On the cerebral symptoms of lobar pneumonia in children. (Über die zerebralen Symptome bei der lobären Kinderpneumonie.) Bristol med.-chirurg. Journ., 1913, Bd. XXXI, S. 308.

Goltman. The treatment of bronchopneumonia in children. (Behandlung der Bronchopneumonie bei Kindern.) New York Med. Journ., 27. Dezember 1913. Wachenheim (New York).

Guisez. Observations de corps étrangeurs de l'oesophage et des voies aériennes chez les tout jeunes enfants. (Beobachtungen über Fremdkörper im Ösophagus und in den Luftwegen bei ganz jungen Kindern.) Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1914, S. 150.

Reginald Jewesbury. Pneumothorax in a boy aged 9 years. (Pneumothorax bei einem 9jährigen Knaben.) British Med. Journ., 1913, Nr. 2762, S. 1486.

H. Nothmann und **E. v. Ruckteschell.** Über Atemgymnastik bei Kindern. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 326.

Emilia Palmegiani. Annotazioni clinico-statistiche sulla polmonite nei bambini. (Klinische und statistische Bemerkungen zur Pneumonie der Kinder.) Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 263.

Egon Rach. Zur Semiotik des Stridors bei Kinderkrankheiten. Zeitschrift f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 1.

L. M. Spolverini. Sulla etiologia e terapia dell' asma essenziale nei bambini. (Zur Ätiologie und Behandlung des idiopathischen Asthma der Kinder.) Riv. di clin. pediatr., 1913, Bd. XI, S. 736.

J. Wätjen. Über das Vorkommen von Plasmazellen und ihre Bedeutung bei Pneumonien des Kindesalters nach akuten Infektionskrankheiten. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med., 1913, Bd. CCXIV, S. 340.

La respirazione per la bocca nei bambini. (Die Mundatmung bei Kindern.) Gazz. med. lombarda, 1914, Bd. LXXIII, S. 57.

Sérothérapie de la pneumonie. (Serotherapie bei Pneumonie.) Revue générale. Arch. de méd. des enfants., 1914, Bd. XVII, S. 136.

Blut und blutbildende Organe.

Alfred Arnstein. Zur Verlaufsweise der Polyzythämie. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderkrankh., 1914, Bd. XIII, S. 73.

Erich Aschenheim. Der Einfluß der Sonnenstrahlen auf die leukozytäre Blutzusammensetzung. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 87.

Seymour Barling. Henochs purpura with intussusception, laparotomy recovery. (Henochsche Purpura mit Darminvagination; Laparatomieheilung.) British Med. Journ., 1913, 29. März.

Collatino Cantieri. Über die Cholesterinbehandlung eines Falles von Anaemia splenica des Kindesalters. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 1976.

S. D. Clippingdale. Haemorrhage in a newly born infant. (Hämorrhagie bei einem Neugeborenen.) British Med. Journ., 1913, Nr. 2756, S. 1038.

Erich Conradi. Zur Morphologie des Blutes unter dem Einflusse des Seeklimas. Fol. haematol., Arch. 1913, Bd. XVII, S. 105.

D'Espine. La maladie de Banti chez l'enfant. Deux cas de maladie de Banti dans la première enfance. (Bantische Krankheit beim Kinde. 2 Fälle von Bantischer Krankheit beim Säugling.) Rev. méd. de la Suisse Romande, 1913, Nr. 5.

Alfredo Gismondi. Intorno al contenuto adrenalinico del sangue dei bambini. Nota preventiva. (Über den Adrenalingehalt im Blute von Kindern. Vorläufige Mitteilung.) Riv. di clin. pediatr., 1913, Bd. XI, S. 833.

Mark T. Goldstine. Hemorrhage in the new-born. (Hämorrhagien bei Neugeborenen.) Illinois med. Journ., 1913, Bd. XXIV, S. 170.

Haushalter et **Fairise.** Un cas intéressant de maladie bleue chez un enfant. (Ein interessanter Fall von Morbus caeruleus bei einem Kinde.) Ann. de méd. et chirurg. infant.. 1914, Bd. XVIII, S. 285.

J. H. Hess. Leucocyte counts in pneumonia and cerebrospinal meningitis. (Leukozytenzählung bei Pneumonie und Zerebrospinalmeningitis.) Amer. Journ. Dis. Children, Jänner 1914. Wachenheim (New York).

Ernst Koltze. Die Resistenz der roten Blutkörperchen unter dem Einfluß des Nordseeklimas. Dissertation, Kiel, 1913.

P. Lereboullet et **E. Vaucher.** Le danger des injections de peptone de Witte dans le traitement de l'hémophilie familiale. (Die Gefahren der Injektion von Witte-Pepton bei Behandlung familiärer Hämophilie.) Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris, 1914, Bd. XVI, S. 132.

Lespinasse. The treatment of hemorrhagic disease of the new-born by direct tranfusion of blood. (Direkte Transfuison bei Hämophilie der Neugeborenen.) Journ. Amer. Med. Assoc., 13. Juni 1914. Wachenheim (New York).

René Marie und **H. Rouèche.** Hémoglobinurie chez un enfant. Infections de sérum antidiphtérique. Guérison. (Hämoglobinurie bei einem Kinde. Injektionen mit antidiphtherischem Serum. Heilung.) Méd. infant., 1913, Bd. XXI, S. 189.

Erich Müller. Anämie und Scheinanämie im Kindesalter sowie deren Behandlung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Bd. XI, S. 70.

R. Petzold. Über Melaena neonatorum an der Hand von 34 Fällen, die an der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu München vom 1. Oktober 1900 bis 31. November 1912 beobachtet wurden. Dissertation, München, 1913.

O. M. Schloss. Etiology of the so-called hemorrhagic diseases of the newborn. Treatment by subcutaneous injection of whole blood. (Die Ätiologie der sogenannten hämorrhagischen Krankheiten der Neugeborenen und deren Behandlung durch subkutane Blutinjektionen.) Post-graduate, 1914, Bd. XXIX, S. 161.

Tixier. Maladies hémorrhagipares — purpura maladie de Wehrloff hémophilie, maladie de Barlow. (Hämorrhagische Erkrankungen: Purpura, Wehrloffsche Krankheit, Hämophilie, Barlowsche Krankheit.) Pédiatr. prat., 1913, Bd. XI, S. 546.

Reinhard von den Velden. Klinisch-experimentelle Untersuchungen bei Hämophilie. (Ein Beitrag zur Telehämostypsis.) Deutsches Arch. f. klin. Med., 1914, Bd. CXIV, S. 249.

T. R. Whipman. Splenic anaemia in a father and three children. (Anaemia splenica beim Vater und drei Kindern.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1914, Bd. VII, S. 73.

Lymphatischer Apparat.

C. Georges Bassim. Les complications broncho-pulmonaires consécutives à l'adéneoidectomie et à l'amygdalectomie. (Bronchopulmonale Komplikationen nach Adenodektomie und Amygdalektomie.) Thèse de Paris, 1913, Nr. 181.

Van der Bogert. The influence of diet upon the growth and recurrence of adenoids. (Einfluß der Diät auf die Entwicklung der Adenoide.) New York State Journ. of Med., Juni 1914.
(Verf. legt großes Gewicht auf Diätfehler, namentlich Exzeß an Kohlenhydraten.)

Albert Brandon Davenport. Glandular fever. (Drüsenfieber.) Lancet-clin., 1913, Bd. CX, S. 329.

A. v. Decastello. Chronische Myelose mit ungewöhnlicher Beteiligung des lymphatischen Apparates und mit multiplen Hautinfiltraten. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 75.

Durif. Des végétations adénoides chez les nourrissons. (Adenoide Vegetationen bei Säuglingen.) Journ. de méd. et de chirurg. Montreal, 1913, Bd. VI, S. 69.

J. Epstein. The treatment of acute tonsilitis in children. (Behandlung der akuten Tonsilitis bei Kindern.) Pediatrics, 1914, S. 89.

Garland and **Greene.** Hemorrhage following tonsillectomy. (Blutung nach Tonsillektomie.) Boston Med. and Surg. Journ., 2. April 1914. Wachenheim (New York).

Hutinel. Pronostic de l'adénopathie trachéo-bronchique de l'enfant. (Prognose der Tracheobronchialdrüsenerkrankung im Kindesalter.) Pédiatr. prat., 1913, Bd. XI, S. 636.

Ladd. Treatment of cervical adenitis in children. (Behandlung der Zervikaladenitis.) Boston Med. and Surg. Journ., 2. April 1914. Wachenheim (New York).

T. B. Layton. Tonsils and adenoids in children. A plea for fewer operations. (Tonsillen und Adenoide bei Kindern. Eine Mahnung, weniger zu operieren.) Lancet, 1914, Bd. CLXXXVI, S. 1106.

Mohler. Adenoids. (Adenoide.) Mississippi Med. Monthly, Dezember 1913. Wachenheim (New York).

d'Oelsnitz et **Paschetta.** Valeur de l'exploration radiologique du thorax pour le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant. (Über den Wert der Röntgenuntersuchung des Thorax für die Diagnose der Tracheo-Bronchialdrüsen beim Kinde.) Paris méd., 1914, Bd. IV, S. 251.

Riedel. Über die Tonsillektomie bei Kindern. Münchener med. Wochenschrift, 1913, Bd. LX, S. 2269.

R. D. Rudolf. Epidemic cervical adenitis. (Epidemische Halsdrüsenentzündung.) British Med. Journ., 1914, Nr. 2767, S. 84.

Le Scornet. Les végétations adénoides chez le nourrisson. Notes recueillies à la consultation de Nourrissons. (Adenoide Vegetation beim Säugling. Beobachtungen einer Fürsorgestelle.) Le Nourrisson, 1914, Bd. II, S. 30.

Gottfried Trautmann. Die Technik der extrakapsulären Totalexstirpation der Tonsille. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 2223.

Ernst Wodak. Über die Tastbarkeit der Hinterhauptdrüsen. Prager med. Wochenschr., 1914, Bd. XXXIX, S. 23.

Innere Sekretion.

Hugh T. Ashby. A case of sub-acute exophthalmic goitre in a child. (Ein Fall von subakuter Struma mit Exophthalmus bei einem Kinde.) Med. chronicle, 1913, Bd. XXVI, S. 113.

Ciro Batisti. Contributo allo studio dell' infantilismo. (Beitrag zur Lehre vom Infantilismus.) Giornale di psichiatr. clin. e tecn. manicom., 1913, Bd. XL, S. 425.

R. Bensaude und **E. Sorrel.** Six cas de mégacolon. Examens radiologique et radioscopique, considérations thérapeutiques. (Sechs Fälle von Kolondilatation. Untersuchung mittels Röntgenstrahlen. Therapeutische Betrachtungen.) Arch. des malad. de l'appar. dig. et de la nutrit., 1914, Bd. VIII, S. 1.

P. Bouin et **P. Ancel.** Sur le rôle du corps jaune dans le déterminisme expérimental de la sécrétion mammaire. (Beziehungen des Corpus luteum zur experimentellen Brustdrüsensekretion.) Cpt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol., 1914, Bd. LXXVI, S. 150.

Robert Mc Carrison. Etiology of endemic cretinism, congenital goitre, and congenital parathyroid disease. Abstract of experimental researches. (Ätiologie des endemischen Kretinismus, des kongenitalen Kropfes und der kongenitalen Epithelkörperchenerkrankung. Ergebnis experimenteller Untersuchungen.) Lancet, 1914, Bd. CLXXXVI, S. 817.

Clark. Notes on a probable relation between enlargement of the thymus body, lymphatism and shock. (Thymusvergrößerung, Lymphatismus und Schok.) Amer. Journ. Dis. Children, März 1914.
Verf. will einen Zusammenhang unter diesen drei Zuständen konstatieren. Wachenheim (New York).

Giuseppe Evoli. Contributo sperimentale alle fisiopatologica del timo, specialmente in rapporto alla patogenesi della morte istantanea di origine timica. (Experimenteller Beitrag zur Physiopathologie der Thymusdrüse und deren Beziehungen zum Thymustode.) Tommasi, 1913, Bd. VIII, S. 642, 657.

H. P. de Forest. Thymus death in a young infant. (Thymustod beim Säugling.) Amer. Journ. of Obstetr. and Dis. of women and Child., 1914, Bd. LXIX, S. 693.

Gaston Gaillard. Syndromes hypophysaires chez l'enfant. (Hypophysäre Syndrome bei Kindern.) Thèse de Paris, 1913.

Hastings Gilford. L'infantilisme. La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 206.

N. Guleke. Chirurgie der Nebenschilddrüsen (Epithelkörper). Stuttgart, F. Enke, 1913.

John Hammond. The effect of piuitary extract on the secretion of milk. (Die Wirkung des Hypophysenextraktes auf die Milchsekretion.) Quart. Journ. of exper. Physiol., 1913, Bd. VI, S. 311.

Karl Hochsinger. Über einen Fall von Säuglingsmyxödem. Monatsschrift f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 550.

Henry D. Jump, Henry Beates jun. and **W. Wayne Babcock.** Precocious development of the external genitals due to hyperphroma of the adrenal cortex. (Vorzeitige Entwicklung der äußeren Genitalien, hervorgerufen durch ein Hypernephrom der Nebennierenrinde.) Amer. Journ. of the Med. sciences, 1914, Bd. CLXVII, S. 568.

Walther Kaupe. Thymushypertrophie und Röntgenbestrahlung. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 69.

Percy Kidd. Dystrophia adiposo-genitalis. British Med. Journ., 1913, Nr. 2762, S. 1486.

Heinrich Klose. Thymusdrüse und Rachitis. Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat., 1914, Bd. XXV, S. 1.

Arno Ed. Lampé. Die Bedeutung der Thymusdrüse für den Organismus. Fortschr. naturw. Forschung, 1913, Bd. IX, S. 197.

M. Landau. Die Nebenniere bei Anenzephalie. Verhandl. d. Deutschen pathol. Gesellschaft, Marburg, 1913, S. 301.

H. Méry und **G. Heuyer.** Syndrome d'insuffisance surrénale aigue au cours d'une tuberculose surrénale latente et se manifestant à l'occasion d'une fièvre typhoide. (Akute Nebenniereninsuffizienz im Verlaufe einer Nebennierentuberkulose; die Erscheinungen treten bei Gelegenheit eines Typhus auf.) Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 315.

Ferreira de Mira. Sur l'influence exercée par les capsules surrénales sur la croissance. (Einfluß der Nebennieren auf das Wachstum.) Arch. internat. de physiol., 1914, Bd. XIV, S. 108.

Ch. Mirallié. Un cas d'infantilisme. (Ein Fall von Infantilismus.) Gaz. méd. de Nantes, 1914, Bd. XXXII, S. 161.

Genshiro Mita. Physiologische und pathologische Veränderungen der menschlichen Keimdrüse von der fötalen bis zur Pubertätszeit, mit besonderer Berücksichtigung der Entwickelung. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol., 1914, Bd. LVIII, S. 554.

Georges Mouriquand. Les orientations cliniques, pathogéniques et therapeutiques nouvelles de la question de l'obésité infantile. Le syndrome adiposo-génital de l'enfant. (Die neueren klinischen, pathogenetischen und therapeutischen Gesichtspunkte in der Frage der kindlichen Obesität. Der adiposo-genitale Symptomenkomplex beim Kinde.) Ann. de méd. et chirurg. infant., 1913, Bd. XVII, S. 705, 741.

— Le syndrome adiposo-génital de l'enfant. (Der adiposo-genitale Symptomenkomplex beim Kind.) Paris méd., 1913, Bd. IV, S. 26.

Josef Novak. Die Rolle der Brustdrüsen in der Lehre von der innern Sekretion. Zentralbl. f. d. ges. Gynäkol. u. Geburtsh. sowie d. Grenzgeb., 1914, Bd. IV, S. 49.

Aceste Ollari. Contributo allo studio del timo nella patologia nell'infanzia. (Beitrag zum Studium des Thymus in der Pathologie des Kindesalters.) Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 329.

Charles A. Parker. Surgery of the thymus gland, thymectomy, report of fifty operated cases. (Chirurgische Behandlung der Thymus, Thymektomie, Bericht über 50 Operationen.) Amer. Journ. of Dis. of Child., Februar 1913.

Emilio Perrero. La morte timica a proposito di un caso di tumore del timo. (Thymustod in bezug zu einem Falle von Thymustumor.) Riv. di Clin. pediatr., April 1913.

Karl Pfeiffenberger. Schilddrüsenstörungen und Kropf bei Schulkindern im Bezirke Imst. Beitr. f. öffentl. Gesundheitspfl., 1914, Bd. XXXII, S. 14.

A. Remy et **Fairise.** Un cas de goitre congénital. (Ein Fall von angeborenem Kropf.) Ann. de méd. et chirurg. infant., 1914, Bd. XVIII, S. 37.

H. D. Roleston and **E. J. Boyd.** Addisons disease in a boy, with calcification of the adrenals, with remarks. (Addisonsche Krankheit bei einem Knaben mit Verkalkung der Nebennieren.) Brit. Journ. of Childr. Dis., 1914, Bd. XI, S. 105.

F. Schweizer. A proposito di un caso de hipertrofia del timo. (Über einen Fall von Thymus-Hypertrophie.) Archives latino-americanos de Pediatria. März—April 1913.

M. Simmonds. Über syphilitische Erkrankungen der Hypophysis insbesondere bei Lues congenita. Dermatol. Wochenschr., 1914, Bd. LVIII, S. 104.

Grete Singer. Das thyreo-parathyreo-thymische System und das Abderhaldensche Dialysierverfahren. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 71.

v. Stauffenberg. Über Begriff und Einteilung des „Infantilismus". Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 255.

Sylvester. Diagnosis of enlarged thymus, and symptomatology of hyperthymatism. (Diagnose und Symptomatologie der Thymushypertrophie.) Boston Med. and Surg. Journ., 2. April 1914.
Wachenheim (New York).

Umber. Konstitutionelle Fettsucht und innere Sekretion. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 2014.

C. E. Zundel. Two cases of infantilism. (Zwei Fälle von Infantilismus.) Proceed of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VII, S. 1; Practitioner, 1913, Bd. XCI, S. 681.

Verdauungstraktus.

Johannes Becker. Über Darminvagination bei Kindern. Arch. f. klin. Chirurg., 1913, Bd. CII, S. 1064.

Gaston Boulanger. Contribution à l'étude de l'appendicite dans la première enfance. (Beitrag zum Studium der Appendizitis beim Säugling.) Thèse de Paris, 1913.

L. R. de Buys. The Roentgen ray in pyloric obstruction. (Die Röntgenstrahlen bei Pylorusstenose.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 344.

Edmund Cautley. Congenital hypertrophic stenosis of the pylorus. (Kongenitale hypertrophische Stenose des Pylorus.) Proceed of the Roy. Soc. of Med., 1914, Bd. VII, S. 92.

L. Chelnisse. Douleurs abdominales et coliques ombilicales récidivantes chez les enfants. (Rezidivierende Leibschmerzen und Nabelkoliken bei Kindern.) Semaine méd., 1914, Bd. XXXIV, S. 85.

L. Pierce Clark und **Edward A. Sharp.** The role which heredity plays in inducing epilepsy in children suffering from infantile cerebral palsy. (Die Rolle der Heredität in der Auslösung der Epilepsie bei an zerebraler Kinderlähmung leidenden Kindesn.) Journ. of nerv. and ment. Dis., 1913, Bd. XL, S. 633.

Douriez und **Marquis.** Sur deux cas d'invagination intestinale chez l'enfant. (Über 2 Fälle von Darminvagination beim Kinde.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris, 1913, Bd. XXXIX, S. 1414.

Downes. Pyloric obstruction in infants. (Pylorusstenose.) Journ. Amer. Med. Assoc., 27. Juni 1914.
Bericht über 22 operierte Fälle, davon 13 geheilt.
Wachenheim (New York).

W. Stephen Fenwick. Ileo-colic intussusception in a child of four months; resection; lateral anastomosis. (Invaginatio ileo-colica bei einem Kinde von 4 Monaten; Resektion; seitliche Anastomose.) Brit. Med. Journ., 1914, Nr. 2786, S. 1119.

Charles Flandin. Traitement local de l'angine et de la stomatite de Vincent par le 606. (Lokalbehandlung der Stomatitis und Angina Vincenti mit Salvarsan.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1914, Bd. XXX, S. 586.

E. S. Frank. Über chronischen arterio-mesenterialen Verschluß des Duodenums im Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 99.

Josef K. Friedjung. Über die sogenannten rezidivierenden Nabelkoliken der Kinder. Kritische Bemerkungen zu dem gleichnamigen Aufsatz v. H. Küttner in Nr. 4, 1914 dieser Wochenschrift. Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 341.

Albert Fromme. Über Darminvaginationen und spastischen Ileus. Deutsche Zeitschr. f. Chirurg., 1914, Bd. CXXVI, S. 579.

Cyrus B. Gardner. Appendicitis in infants. (Appendizitis bei Kindern.) Journ. of the Michigan State Med. Soc., 1913, Bd. XXII, S. 537.

Edouard Girardot. Le traitement chirurgical de l'appendicite aigue de l'enfance. (Die chirurgische Behandlung der akuten Appendizitis im Kindesalter.) Méd. prat., 1914, Bd. X, S. 53.

Greene and **Garland.** Removal of foreign bodies from the esophagus and lower air-passages in children. (Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre und den tieferen Luftwegen.) Boston Med. and Surg. Journ., 2. April 1914.
Wachenheim (New York).

Guisez. Cas de spasme du cardia avec grande dilatation de l'oesophage chez une enfant de 8 ans. (Spasmus des Magenmundes mit starker Erweiterung des Ösophagus bei einem achtjährigen Mädchen.) Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1914, S. 144.

Levi Jay Hammond. Congenital pyloric stenosis, with report of four patients operated upon, two of whom were infants of the same parents. (Kongenitale Pylorusstenose, mit Bericht über vier operierte Fälle, darunter zwei Geschwister.) Therap. gaz., 1913, Bd. XXIX, S. 699.

A. Heigel. Ein Beitrag zu den Entwicklungsstörungen des Darmtraktes. Prager med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXVIII, S. 608.

Alfred F. Hess. Bemerkungen zur Arbeit von R. Hess: „Zur Behandlung der Pylorusstenose des Säuglings". Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 67.

R. Hess. Zur Behandlung der Pylorusstenose des Säuglings. Zeitschrift f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 19.

L. Emmett Holt. Duodenal ulcers in infancy. (Duodenalgeschwür bei Säuglingen.) Amer. Journ. of Dis. of Childr., 1913, Bd. VI, S. 381.

Hutinel. Le traitement des épisodes aigues au cours des colites chez les enfants. (Behandlung der akuten Anfälle im Verlaufe von Kolitis bei Kindern.) Bull. med., 1913, Bd. XXVII, S. 967.

— Spasmes périodiques du colon descendant chez l'enfant. (Periodische Spasmen des Colon descendens beim Kinde.) Presse méd., 1914, Bd. CCII, S. 105.

v. Khautz. Photographien und Präparat (hühnereigroßer Kotstein) von einem Falle von Pseudo-Hirschsprungscher Erkrankung. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 85.

Kirmisson. Rupture intestinale. (Darmruptur.) Pédiatr. prat., 1913, Bd. XI, S. 493.

Hermann Küttner. Über die sogenannten rezidivierenden Nabelkoliken der Kinder. Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 145.

Frederick Langmead. Case of so-called congenital hypertrophic stenosis of the pylorus. (Fall von sogenannter kongenitaler hypertrophischer Pylorusstenose.) Proceed. of the Roy. of Soc. Med., 1914, Bd. VII, S. 93.

A. Lesage und **C. Bobillier.** La dysenterie amibienne chez les tout petits enfants. (Die Amöbendysenterie bei ganz kleinen Kindern.) Méd. infant., 1913, Bd. XXI, S. 97, 121.

E. Lesné. Appendicite aigue au cours de la varicelle. (Akute Appendizitis im Verlaufe von Varizellen.) Clinique, 1914, Bd. IX, S. 53.

R. Lichtenstein. 15 Fälle von Pylorospasmus der Säuglinge. Dissertation, Berlin, 1913.

E. Liefmann. Über das Schicksal von Säuglingen mit Pylorospasmus und habituellem Erbrechen. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 714.

Howard Lilienthal. Hypertrophic pyloric stenosis in an infant; Rammstedt's operation. (Hypertrophische Pylorusstenose bei einem Säugling. Rammstedts Operation.) New York Med. Journ., 1914, Bd. XCIX, S. 723.

Mummery J. P. Lockhart. Rectal disease in children. (Mastdarmkrankheiten bei Kindern.) Peoctologist, 1914, Bd. VIII, S. 1.

C. B. Lockwood. Discussion on the diagnosis and treatment of acute abdominal inflammation in children. (Diskussion über die Diagnose und die Behandlung der akuten Abdominalentzündungen der Kinder.) British Med. Journ., 1913, Nr. 2752, S. 800.

Lotsch. Über die sogenannte Invaginatio ileocoecalis beim Säugling. Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 2140.

Salvatore Maggiore. Osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche sopra due casi di negalcolon congenito. (Klinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen über 2 Fälle von Megacolon congenitum.) Pediatria, 1914, Bd. XXII, S. 33.

E. Moro. Über rezidivierende Nabelkoliken bei älteren Kindern. Mitteilung. 2. Berliner klin. Wochenschr., 1914, Bd. LI, S. 337; Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 2827.

John Lovett Morse. Use of the Roentgen ray in the diagnosis of obscure abdominal conditions in infancy and childhood. (Die Verwertung der Röntgenstrahlen bei der Diagnose von unklaren Zuständen des Abdomens bei Säuglingen und Kindern.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 1422.

Friedrich Neugebauer. Die Hirschsprungsche Krankheit. Ergebn. d. Chirurg. und Orthop., 1913, Bd. VII, S. 598.

Nifong. Intussusception in infants. (Darminvagination.) Missouri State Med. Assoc. Journ., März 1914.
Wachenheim (New York).

Nicola Novaro. Invaginazione intestinale da ascaridi. (Darminvagination infolge von Askariden). Policlinico, sez. chirurg., 1914, Bd. XXI, S. 134.

C. Max Page. Case of Hirschsprung's disease. (Hirschsprungsche Krankheit.) Proc. of the Roy. Soc. of Med., London, 1914, Bd. VII, S. 102.

L. A. Parry. Acute intestinal obstruction in children. (Akuter intestinaler Darmverschluß bei Kindern.) Clin. Journ., 1914, Bd. XLIII, S. 23.

J. Peiser. Zur Kenntnis der Rumination im Säuglingsalter. Monatsschrift f. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 61.

E. Périer. Appendicite aigue au cours de la varicelle. (Akute Blinddarmentzündung im Verlauf von Varizellen.) Ann. de méd. et chirurg. infant., 1914, Bd. XVIII, S. 213.

Georg Perthes. Über Hirschsprungsche Krankheit und abdominoanale Kolonresektion mittels der Invaginationsmethode. Beitr. z. klin. Chirurg., 1914, Bd. XC, S. 515.

Henri Porte. Symptômes et diagnostic de la maladie de Hirschsprung. (Symptome und Diagnose der Hirschsprungschen Krankheit.) Méd. prat., 1913, Bd. IX, S. 833.

F. J. Poynton, R. R. Armstrong and **D. N. Nabarro.** A contribution to the study of a group of cases of chronic recurrent diarrhoea in childhood. (Beitrag zum Studium einer Gruppe von chronisch rekurrierenden Durchfällen im Kindesalter.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VII, S. 10.

F. de Quervain. Die Behandlung der akuten Appendizitis auf Grund einer schweizerischen Sammelstatistik. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Bd. XLIII, S. 1609.

Ribadeau-Dumas. Dilatation congénitale du colon. Absence du corps thyroide chez un nourrisson de 7 mois ½. (Kongenitale Dilatation des Kolons. Fehlen der Thyreoidea bei einem 7½ Monate alten Säugling.) Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris, 1914, Bd. XVI, S. 63.

Ribadeau-Dumas und **Boncompain.** Etude clinique et thérapeutique de la sténose du pylore avec hypertrophie musculaire chez le nourrisson. (Klinische und therapeutische Studie über die hypertrophische Pylorusstenose beim Säugling.) Pathol. infant., 1914, Bd. XI, S. 23.

C. Roux. A propos de l'appendicite aigue. (Über akute Appendizitis.) Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Bd. XLIII, S. 1603.

Nicolas Sagredo. Würmer und Wurmfortsatzentzündung. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. Bakteriol. Festschrift f. P. v. Baumgarten, Tübingen, 1914, Bd. IX, S. 225.

Charles L. Scudder. Stenosis of the pylorus in infancy. (Pylorusstenose im Säuglingsalter.) Illinois Med. Journ., 1913, Bd. XXIV, S. 1.

Schloessmann. Über chirurgische Erkrankungen durch Askariden. Beitr. z. klin. Chirurg., 1914, Bd. XC, S. 531.

Herman B. Sheffield. Diagnostic pitfalls in pediatrics. 2. Acute intussusception. (Fehldiagnosen in der Kinderheilkunde. 2. Akute Darminvagination.) Arch. of Diagn., 1914, Bd. VII, S. 53; 3. Pylorus stenosis. (3. Pylorusstenose.) Arch. of Diagn.,1914, Bd. VII, S. 55.

A. E. Sitsen. Megacolon congenitum. Nederl. tijdschr. v. Geneesk., 1914, Bd. LVIII, S. 377.

Victor Veau. Les difficultés du diagnostic de l'appendicite chez les petits enfants. (Die Schwierigkeiten der Diagnose der Appendizitis bei den kleinen Kindern.) Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris, 1914, Bd. XVI, S. 20.

Vincent. Acute appendicitis in infancy and childhood. (Appendizitis im Kindesalter.) Med. Record., 3. Jänner 1914.

Wachenheim (New York).

B. Weil-Hallé und **Abrand.** Inanition prolongée consécutive à des rétrécissements cicatriciels de l'oesophage chez une fillette de sept ans. Guérison par oesophagotomie interne et dilatation. (Protrahierte Inanition als Folge narbiger Verengerungen der Speiseröhre bei einem 7jährigen Mädchen. Heilung durch Oesophagotomia interna und Dilatation.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1913, Bd. XXIX, S. 1195.

White and **Jobse.** Congenital stenosis of the pylorus. Wisconsin Med. Journ., Mai 1914.

Ernst Wodak. Hat der Schnuller etwas mit Glossitis exfoliativa zu tun? Prager med. Wochenschr., 1914, Bd. XXXIX, S. 28.

Congenital pyloric stenosis. (Kongenitale Pylorusstenose.) Surg. Clin. of John B. Murphy, 1913, Bd. II, S. 157.

Invagination intestinale chez les enfants. (Darminvagination bei Kindern.) Rev. générale. Arch. de Méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 55.

Leber und Gallenwege.

O. L. Castle. Primary carcinoma of the liver in childhood. With report of a case. (Primäres Leberkarzinom im Kindesalter. Mitteilung eines Falles.) Surg., Gynecol. and Obstetr., 1914, Bd. XVIII, S. 477.

A. Chauffard. Pathogénie de l'ictère hémolytique congénital. (Ätiologie des kongenitalen hämolytischen Ikterus.) Ann. de méd., 1914, S. 3.

Vincenzo Fragale. La meningite cerebro-spinale nei lattanti. (Meningitis cerebrospinalis beim Säugling.) Gazz. internaz. di med.-chirurg., 1913, Nr. 40, S. 937.

John Mc Gibbon. Fatal cases of jaundice in the new-born child, with notes of a case in successive pregnancies. (Schwere Fälle von Ikterus neonatorum. Mitteilung eines Falles von Wiederholung bei aufeinanderfolgenden Schwangerschaften.) Transact. of the Edinburgh Obstetr. Soc., 1913, Bd. XXXVIII, S. 285.

Julius Hatlegan. Über die klinische Verwertbarkeit der alimentären Galaktosurie bei Leberkrankheiten. Wiener klin. Wochenschr., 1914, Bd. XXVII, S. 358.

Ada Hirsch. Die physiologische Ikterusbereitschaft des Neugeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 196.

Huguenin. Leberzirrhose bei einem 8 Monate alten Kinde. Verhandl. d. Deutschen pathol. Gesellschaft Marburg, 1913, S. 321.

R. Lauenstein. Zur Kasuistik der juvenilen Leberzirrhose. Dissertation, München, 1913.

Pirronneau. L'ictère hémolytique des neouvau-nés. (Der hämolytische Ikterus der Neugeborenen.) Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 267.

Woldemar Schmitz. Untersuchungen zur Pathogenese und Klinik des Icterus neonatorum. Dissertation, Gießen, 1913.

Otto Wegerle. Subakute Leberatrophie mit knotiger Hyperplasie auf tuberkulöser Grundlage und über akute Leberatrophie im Kindesalter überhaupt. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., 1914, Bd. XV, S. 89.

Arvo Ylppö. Icterus neonatorum (inklusive I. n. gravis) und Gallenfarbstoffsekretion beim Fötus und Neugeborenen.) Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 208.

Pankreas.

J. Matko. Pancreatitis chronica mit Diabetes mellitus, hereditären Basedowsymptomen und Hautpigmentierungen. Ätiologie: Nikotinabusus. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 78.

Urogenitalsystem.

Hugh Barber. Chronic interstitial nephritis in children, a brother and sister affected. (Chronische interstitielle Nephritis bei Kindern: Bruder und Schwester erkrankt.) British. Med. Journ., 1913, Nr. 2758, S. 1204.

Murray H. Bass und **H. Wessler.** A study of the blood-pressure in children showing orthostatic albuminuria. (Untersuchungen über den Blutdruck bei Kindern mit orthostatischer Albuminurie.) Arch. of internat. Med., 1914, Bd. XIII, S. 39.

H. M. Mc Clanahan. Report of a case of acute nephritis in an infant with congenital heart disease. (Bericht über einen Fall von akuter Nephritis bei einem Säugling mit angeborenem Herzleiden.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 1020.

J. Comby. La vulvo-vaginite des petits filles. (Die Vulvovaginitis der kleinen Mädchen.) Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 209.

Henri Dufour und **Paul Muller.** Sur la pathogénie des albuminuries clino-statiques. (Pathogenese der orthostatischen Albuminurie.) Journ. de méd. de Paris, 1913, Bd. XXXIII, S. 775.

Fritz Frank. Beiträge zur Lehre von der akuten Nephritis im Säuglingsalter bei Ernährungsstörungen. Arch. f. Kinderheilk., 1914, Bd. LXIII, S. 202.

Felix Gaisböck. Pulsus paradoxus und lordotische Albuminurie. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 143.

Hutinel. Albuminuris intermittentes. Pathogénie, pronostic, traitement. (Intermittierende Albuminurie, Pathogenese, Prognose, Behandlung.) Pédiatr. prat., 1913, Bd. XII, S. 88.

Albert Kenessey. Die Ausbreitung der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum auf die inneren Sexualorgane. Pester med. chirurg. Presse, 1913, Bd. XLIX, S. 360.

Leo Langstein. Erfolgreiche Vakzinationsbehandlung eines schweren Falles durch Bacterium lactis aerogenes bedingter Pyelitis. Therapeut. Monatsh., 1914, Bd. XXVIII, S. 42.

Richard Lederer. Schrumpfniere im Kindesalter. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, J. 64.

Moes. Pyelo-cystitis in childhood. (Pyelozystitis im Kindesalter.) Iowa State Med. Soc. Journ., März 1914.

Wachenheim (New York).

L. Ombrédanne. L'orchite aigue primitive des enfants. (Akute primäre Orchitis beim Kinde.) La Presse méd., 19. Juli 1913.

E. W. Peterson. Congenital cystic kidney. (Kongenitale Zystenniere.) Postgraduate, 1913, Bd. XXVIII, S. 260.

Georg Richter. Über kongenitale Hydronephrosen. Dissertation. Berlin, 1913.

Bernhard Riedel. Über angeborene Harnröhrenverengerungen. Verhandlungen d. Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie, 1913, Bd. XLII, S. 124.

Scharnke. Enuresis und Spina bifida occulta. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh., 1914, Bd. LIII, S. 43.

Andrew Watson Sellards. The essential features of acidosis and their occurrence in chronic renal disease. (Die wesentlichen Eigentümlichkeiten der Azidose und ihr Vorkommen bei chronischer Nierenerkrankung.) Bull. of the Johns Hopkins hosp., 1914, Bd. XXV, S. 279.

John F. Sinclair. Investigations in vulvovaginitis by means of the female urethroscope. (Untersuchungen über Vulvovaginitis vermittels Urethroskope.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 29.

Archibald Smith und **C. S. Mc Kee.** Gonococcal urethritis in a boy aged seventeen months. (Urethritis durch Gonokokken bei einem Knaben von 17 Monaten.) The British Med. Journ., 1913, 26. April.

Richard M. Smith. Vulvovaginitis in children. (Vulvovaginitis bei Kindern.) Amer. Journ. of Dis. of Childr., 1913, Bd. VI, S. 355.

J. Teissier. Traitement des albuminuries dites fonctionnelles. (Behandlung der sogenannten funktionellen Albuminurien.) Prov-méd., 1913, Bd. XXVI, S. 401.

Weith et **Scholder.** L'albuminurie lordotique dans les écoles de Lausanne. (Die lordotische Albuminurie in den Schulen Lausanne.) Schweizer Rundsch. f. Med., 1913, Bd. XIII, S. 697 und Arch. f. Orthop., 1914, Bd. XIII, S. 148.

La vulvo-vaginite des petites filles. (Die Vulvo-vaginitis der kleinen Mädchen.) Rev. générale. Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 209.

Bewegungsapparat.

C. C. Beling. A case of dystonia musculorum deformans. (Ein Fall von Dystonia musculorum deformans.) Journ. of nev. and ment. Dis., 1914, Bd. XLI, S. 148.

Beneke. Über Muskelveränderungen bei Intoxikationen und Infektionen. Verhandl. d. Deutschen pathol. Gesellschaft Marburg, 1913, S. 403.

J. L. Bunch. Hereditary Dupuytrens contracture. (Erbliche Dupuytrensche Kontraktur.) British Journ. of Dermatol., 1913, Bd. XXV, S. 279.

Paul Klemm. Die akute und chronische infektiöse Osteomyelitis des Kindesalters. Auf Grund eigener Beobachtungen und Untersuchungen. Berlin, 1914, S. Karger.

John B. Manning und **Fred. J. Fassett.** Some considerations concerning Stills disease and arthritis deformans. (Einige Bemerkungen über Stillsche Krankheit und Arthritis deformans.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 414.

Thomas. Obstetric paralysis, with special reference to treatment. (Behandlung der Geburtslähmung.) Boston Med. and Surg. Journ., 2. April 1914. Wachenheim (New York).

Tilp. Hochgradige Verfettung der Nebennieren eines Säuglings. Verhandlungen d. Deutschen path. Gesellschaft Marburg, 1913, S. 305.

Psychologie und Psychopathologie.

Barnes. The early recongnition of the feeble-minded in the public school. (Frühe Erkennung der schwachsinnigen Schulkinder.) Missouri State Med. Assoc. Journ., Mai 1914.

Bledsoe. Defective children. (Defekte Kinder.) Arkansas Med. Soc. Journ., April 1914.

Georg Büttner. Heilpädagogisches Seminar. Vorschläge zur Einrichtung spezieller Ausbildungskurse für Hilfsschullehrer. Zeitschrift f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns, 1913, Bd. VII, S. 329.

L. Pierce Clark. Psychopathic children. What New York city is doing for them. (Psychopathische Kinder. Was die Stadt New York für sie tut.) New York. Med. Journ., 1914, Bd. XCIX, S. 709.

André Collin. Deux enfants anormaux. (2 anormale Kinder.) Soc. de Psychiatrie, Paris, 19. März 1914.

Decroly. Examen mental des enfants anormaux. (Intelligenzprüfung bei geistig abnormen Kindern.) Journ. de neurol., 1913, Bd. XVIII, S. 381, 401.

Ernö Deutsch. Sozialhygienische Versorgung der abnormen Kinder. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. VII, S. 167 und 202.

Donnally. The diagnosis of mental deficiency in infancy and childhood. (Diagnostik der geistigen Schwäche bei Kindern und Säuglingen.) Amer. Journ. Obstetr., Jänner 1914.
Wachenheim (New York).

Raoul Dupuy. Du diagnostic et du traitement de l'arriération infantile. (Diagnose und Behandlung des Zurückbleibens beim Kinde.) Soc. de Méd. de Paris, 13. März 1914.

A. Eulenburg. Kinder- und Jugendselbstmorde. Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Nerven- und Geisteskrankh., 1913, Bd. X, S. 3.

Goett. Psychotherapie in der Pädiatrie. Vortrag, geh. in d. Münchener Gesellschaft f. Kinderheilk., Sitzung. v. 27. März 1914.

G. Gohde. Psychopathen und Heilerziehungsheime. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1914, Bd. XXVII, S. 513.

S. P. Goodhart. Atypical children. The etiological factors in their production. (Atypische Kinder. Die Ätiologie derselben.) New York. Med Journ., 1913, Bd. XCVII, S. 750.

Maximilian P. E. Groszmann. A tentative classification of exceptional children. (Versuch einer Klassifizierung abnormer Kinder.) Child., 1913, Bd. IV, S. 33.

J. Girstenberg. Aus der heilpädagogischen Praxis. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 629.

Hoag. Psychologic study of mentally defective and otherwise exceptional children. (Psychologische Untersuchung defekter Kinder.) California State Journ. of Med., April 1914.
Wachenheim (New York).

Johnson. Causes of backwardness in children. (Ursachen des Zurückbleibens der Kinder.) Albany Med. Annals, April 1914.

Howard A. Knox. A test for adult imbeciles and six year old normal. (Eine Prüfung für erwachsene Imbezille und 6 Jahre alte Normale.) New York Med. Journ., 1913, Bd. XCVIII, S. 1017.

W. Plaskuda. Zur Symptomatologie des angeborenen Schwachsinns mit besonderer Berücksichtigung tiefstehender Idioten. Festschrift f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 1913, Bd. XIX, S. 596.

Walther Raschke. Unintelligenzprüfungen und Assoziationsversuche an Kindern. Dissertation, Greifswald 1913.

Isabelle Thompson Smart. The value of early diagnosis of mental deficiency. (Der Wert der frühzeitigen Erkenntnis geistiger Rückständigkeit.) Amer. med., 1913, Bd. XIX, S. 445.

W. Stern. Die Anwendung der Psychoanalyse auf Kindheit und Jugend. Ein Protest. Mit einem Anhang. Kritik einer Freudschen Kinder-Psychoanalyse von Clara und Wilhelm Stern. Zeitschr. f. angew. Psychol. u. psychol. Sammelforsch., 1913, Bd. VIII, S. 71.

Ewald Stier. Psychiatrie und Fürsorgeerziehung mit besonderer Berücksichtigung der Frage der psychopathischen Kinder. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol., 1913, Bd. XXXIV, S. 415.

Kurt Tucholsky. Zur Psychologie des Lesens. Zeitschr. f. Kinderforschung, 1913, Bd. XIX, S. 169.

Tom A. Williams. Psychogenic disorders in childhood. (Psychogene Störungen im Kindesalter.) Journ. of abnorm. Psychol., 1913, Bd. VII, S. 407.

Karl Ziegler. Umgang mit normalen Kindern, ein nicht völlig außer acht zu lassender Faktor bei der Erziehung Schwachbefähigter. Heilpäd. Schul- u. Elternzeit, 1913, Bd. IV, S. 193.

Erziehung.

Roger Glénard. L'éducation physique des enfants par la méthode du lieutenant Hébert. (Die physische Erziehung der Kinder nach der Methode des Leutnants Hébert.) Méd. infant., 1914, Bd. XXII, S. 88.

A. Müller. Gedanken über Mädchenerziehung. Zeitschr. f. Kinderpfl., 1913, Bd. VIII, S. 216, 227.

Neurologie und Psychiatrie.

Ch. Achard und **Fr. Saint-Girons.** Deux cas de myxoidème consécutif à une infection aigue de l'enfance. Intégrité d'une parathyroide dans une autopsie. (Zwei Fälle von Myxödem nach einer akuten Infektion im Kindesalter. Nachweis der Unversehrtheit der Glandula parathyreoidea bei der Autopsie.) Bull. et mém. de la soc. de méd. de Paris, 1913, Bd. XXIX, S. 298.

N. Anitschkow. Zur Kenntnis der malignen Neuroblastone des Nervus sympathicus. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med., 1913, Bd. CCXIV, S. 137.

L. d'Astros. Évolution générale et symptomatologie des tumeurs cérébrales chez l'enfant. (Allgemeine Entwicklung und Symptomatologie der Hirngeschwülste bei Kindern.) Prov. méd., 1913, Bd. XXVI, S. 559.

— Les tumeurs cérébrales chez l'enfant. (Die Hirntumoren beim Kind.) Ann. de méd. et chirurg. infant., 1913, Bd. XVII, S. 777, 813.

Auban. Un cas d'hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire, chez un enfant de 3 ans ½. (Ein Fall von zerebraler Hämorrhagie mit Überschwemmnung des Vetrikels bei einem 3½jährigen Kinde.) Toulouse méd., 1914, Bd. XVI, S. 94.

Friedrich Bass. Zwei Fälle von Friedreichscher Ataxie. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 70.

Paul Beetz. Beitrag zur Lehre von den angeborenen Beweglichkeitsdefekten im Bereiche der Augen-, Gesichts- und Schultermuskulatur (Infantiler Kernschwund Möbius). Dissertation, Tübingen, 1913.

Guido Berghinz. Contributi clinici ed anatomici alla patologia del sistema nervoso nel bambino. (Klinische und anatomische Beiträge zur Pathologie des Nervensystems der Kinder.) Riv. de clin. pediatr., 1914, Bd. XII, S. 81.

Wilhelm Bergmann. Selbstbefreiung aus nervösen Leiden. 299 Seiten. Herdersche Verlagshandlung, Freiburg im Breisgau. Preis: geheftet 3·30 Mk., gebunden in Leinwand 4 Mk.

Berkeley. The use of the pineal gland in the treatment of certain classes of defective children. (Zirbeldrüsenbehandlung defekter Kinder.) Med. Record, 21. März 1914.
Wachenheim (New York).

Eritz de Beule. Deux cas d'opération de Foerster van Gehuchten pour maladie de Little. (Über zwei Operationen nach Förster van Gehuchten bei Littlescher Krankheit.) Névraxe, 1913, Bd. XIV/XV, S. 629.

M. Bielschowsky. Über spätinfantile familiäre amaurotische Idiotie mit Kleinhirnsymptomen. Deutsche med. Zeitschr. f. Nervenheilkunde, 1913, Bd. L, S. 7.

Van der Bogert. Enuresis and chronic digestive disturbance. (Enuresis und chronische Verdauungsstörungen.) New York State Journ. of Med., Dezember 1913. Wachenheim (New York).

Boggess. Some of the nervous diseases of infancy. (Nervenkrankheiten des Säuglingsalters.) Southern Med. Journ.,, Mai 1914.

Charles Chatelin. Diagnostic de l'anencéphalie avec ou sans hydrocéphalie apparente par la recherche de la transparence du crâne. (Diagnose der Anenzephalie mit oder ohne deutliche Hydrozephalie durch Nachweis der Durchsichtigkeit des Schädels.) La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 233.

André Collin. Agitation paroxystique et tics multiples chez un enfant de 8 ans issu d'un père syphilitique et d'une mère psychonévropathe. (Paroxysmale manische Anfälle und zahlreiche Tics bei

einem 8jährigen Kind, das von einem syphilitischen Vater und einer psychoneuropathischen Mutter abstammt). Méd. infant., 1913, Bd. XXI, S. 86.

Jules Comby. Encéphalite aigue chez les enfants. (Akute Enzephalitis beim Kind.) Pathol. infant., 1913, Bd. X, S. 201.

Luigi Concetti. Ancora sulla atonia muscolare congenita di Oppenheim in specie dal punto di vista anatomo-patologico. (Noch einmal die kongenitale Atonie Oppenheim vom anatomisch-pathologischen Standpunkt aus.) Riv. di Clin. Pediatrica, Jänner 1913.

Denis Cotterill. Note on a case of amyotonia congenita, myatonia-congenita of Oppenheim. (Über einen Fall von Amyotonia congenita (Myatonia-congenita Oppenheim).) Edinburgh Med. Journ., Juni 1913.

Cramer. Beittag zur Verbiegung der Wirbelsäule bei Syringomyelie im kindlichen Alter. Arch. f. Orthop., Mechanotherap. u. Unfallchirurgie, 1914, Bd. XIII, S. 170.

Debierre. Hémiplégie infantile et massage méthodique. (Infantile Hemiplegie und methodische Massage.) Soc. méd. d'Amiens, 4. Juni 1914.

Dupré et **Logre.** Maladie de Friedreich et débilité mentale, avec perversions instinctives. Encéphale, 1913, Bd. VIII, S. 557.

Arthur Willard Fairbanks. A study of the etiology in one hundred and seventyfive epileptic children. (Eine ätiologische Studie an 175 epileptischen Kindern.) Boston Med. and Surg. Journ., 1914, Bd. CLXX, S. 521.

Nathan Chandler Foot. Report of a case of amyotonia congenita (myatonia congenita Oppenheim) with autopsy. (Fall von Amyotonia congenita (amyotonia congenita Oppenheim).) Amer. Journ. of Dis. of Child., Mai 1913.

Frink. Sexual theories formed in early childhood and their role in psychoneuroses. (Rolle der kindlichen Sexualvorstellungen bei den Psychoneurosen.) New York Med. Journ., 15. November 1913. Wachenheim (New York).

Lodovico Gatti. Enuresi notturna familiare. (Familiäre Enuresis nocturna.) Gazz. d. osp. e d. clin., 1914, Bd. XXXV, S. 361.

— La malattia di Oppenheim. (Die Oppenheimsche Krankheit.) Riv. internaz. di clin. e terap., 1913, Bd. VIII, S. 196.

Alfred Gordon. Internal pachymeningitis in young children. (Pachymeningitis interna bei jungen Kindern.) New York med. Journ., 1914, Bd. XCIX, S. 720.

E. Grandjean. Microsphygmie permanente et microcéphalie avec débilité mentale. (Permanente Mikrosphygmie und Mikrozephalie mit geistiger Debilität.) La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 165.

Griffith. Neurotic, psychasthenic and hysteric children. (Neurotische, psychasthenische und hysterische Kinder.) New York Med. Journ., 6. Juni 1914.

L. Guinon und **Aine.** Encéphalites bénignes et ataxie aigue. (Benigne Enzephalitis und akute Ataxie.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 307.

R. Hahn. Assoziationsversuche bei jugendlichen Epileptikern. Arch. f. Psychiatrie, 1913, Bd. LII, S. 1078.

Franz Hamburger. Über Schlafstörungen im Kindesalter. Monatsschrift f. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 23.

Hardt. Infantile cerebral palsies. (Zerebrale Kinderlähmung.) Illionis Med. Journ., März 1914. Wachenheim (New York).

Theodor Heller. Über affektiv bedingte Psychoneurosen des Kindesalters. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 104.

Arthur F. Hertz und **D. W. Johnson.** A case of myatonia congenita in a boy aged 3½ years. (Fall von Myatonia congenita bei einem 3½jährigen Knaben.) British. Med. Journ., 1913, Nr. 2760, S. 1381.

Arthur F. Hertz, W. Johnson and **H. T. Depree.** Case of polio-encephalomyelitis associated with optic neuritis and myocarditis. (Ein Fall von Polio-Enzephalo-Myelitis, verbunden mit Neuritis optica und Myokarditis.) Guys hosp. rep., 1913, Bd. LXVII, S. 105.

Howell. Suggestive treatment in diseases of childhood. (Suggestivbehandlung im Kindesalter.) Boston Med. and Surg., Journ., 12. Februar 1914. Wachenheim (New York).

Ph. Jolly. Die Heredität der Psychosen. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankheiten, 1913, Bd. LII, S. 377 und 492.

Klotz. Bemerkungen zur Arbeit Zipperlings über die sogenannten „Stäubchen". Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 85.

Hans Ludwig Kowitz. Intrakranielle Blutungen und Pachymeningitis haemorrhagica chronica interna bei Neugeborenen und Säuglingen. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med., 1914, Bd. CCXV, S. 233.

Hermann Krueger. Zur Frage nach einer vererbbaren Disposition zu Geisteskrankheiten und ihren Gesetzen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 1914, Bd. XXIV, S. 113.

Levy. The etiology and symptomatology of nerveusness in infancy. (Ätiologie und Symptomatologie der Nervosität im Säuglingsalter.) Arch. of Pediatr., April 1914.
Wachenheim (New York).

Christen Lungsgaard. Eigentümliche Veränderungen im Rückenmarke eines Neugeborenen (kongenitale Syringomyelie). Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 1913, Bd. XX, S. 279.

L. Marchand und **G. Petit.** Hémiplégie cérébrale infantile avec idiotie et épilepsie consécutives à un traumatisme obstétrical. Résultats négatifs de la trépanation. (Infantile zerebrale Hemiplegie mit Idiotie und Epilepsie nach einem Geburtstrauma. Mißerfolg der Trepanation.) Soc. clin. de méd. ment., Paris, 15. Juni 1914.

Fritz Magyar. Mikrozephalie bei einem 5½jährigen Knaben. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderkrankh., 1913, Bd. XII, S. 179.

Mary O'Malley. Some facts relating to the hygiene of nervous children. (Einige Tatsachen in bezug auf die Hygiene nervöser Kinder.) Womans Med. Journ., 1913, Bd. XXIII, S. 169.

Etienne Martin et **Georges Mouriquand.** La mort subite des enfants. (Plötzlicher Tod im Kindesalter.) Arch. d'anthropol. crim. de méd. lég. et de psych. norm. et pathol., 1913, Bd. XXVIII, S. 781.

E. Moro. Über Neuropathie im Kindesalter. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1914, Bd. XI, S. 1.

Orchard. A case of anorexia nervosa in an infant. (Anorexia nervosa bei einem Säuglinge.) Arch. of Pediatria, Mai 1914.
Heilung bei anscheinend unmotivierter Nahrungsweigerung eines 11monatigen robusten Kindes durch Hungerkur.

William Palmer. The Value of prolonged hot baths in the treatment of chorea in children. (Der Wert prolongierter heißer Bäder bei der Behandlung der Kinderchorea.) Med. rev. of Rev., 1913, Bd. XIX, S. 655.

G. Paul-Boncour. L'asthénie psychomotrice constitutionelle infantile, asthénie et neurasthénie chez l'enfant. (Die konstitutionelle psycho-motorische Asthenie der Kinder. Asthenie und Neurasthenie beim Kinde.) Pathol. infant., 1913, Bd. X, S. 161.

Charles Périn. États démentiels primitifs et épileptiques chez les enfants. (Primäre Demenz- und Epilepsiezustände beim Kinde.) Thèse de Nancy, 1913.

Oliviero Pini. Sulle alterazioni istologiche del tessuto osseo nell' emiplegia cerebrale infantile. (Über die histologischen Veränderungen des Knochengewebes bei der infantilen zerebralen Hemiplegie.) Giornale di psychiatr. clin. e tecn. manicom., 1913, Bd. XL, S. 385.

Siegfried Plaschkes. Syringomyelie mit Cheiromegalie (Morvan) und reflektorischer Pupillenstarre. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 82.

Eugen Pollak. Über einen Fall von angeborener, einseitiger Halssympathikuslähmung. Wienerklin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 1210.

Price. A case of Tay-Sachs amaurotic idiocy with a positive Wassermann reaction. (Fall von amaurotischer Idiotie mit positivem Wassermann.) Journ. Amer. Med. Assoc., 16. Mai 1914.

Frank C. Purser. A case of amyotonia congenita. (Ein Fall von Myatonia congenita.) Dublin Journ. of Med. Science, 1914, Bd. CXXXVII, S. 241.

Rabinowitz. Two neurologic cases in pediatric practice. (Zwei neurologische Fälle aus der Kinderpraxis.) Med. Record, 6. Juni 1914. Wachenheim (New York).

Raecke. Geistesstörung und Kriminalität im Kindesalter. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 91.

A. v. Reuß. Kongenitale Fazialisparese. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 86.

Richards. Chorea. Journ. Amer. Med. Assoc., 10. Jänner 1914. Verf. fand bei 2 Fällen den Streptococcus viridans im Blute. Wachenheim (New York).

C. Eugene Riggs. Report of a case of juvenile tabes. (Bericht über einen Fall von juveniler Tabes.) Journ. of Nerv. and Ment. Dis., 1913, Bd. XL, S. 711.

W. M. Robson. Nocturnal enuresis. (Enuresis nocturna.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 219.

A. Rodiet. Contribution à l'étude du traitement de l'épilepsie par les ferments lactiques. (Beitrag zur Epilepsiebehandlung durch Milchfermente.) L'encéphale, 1913, Bd. VIII, S. 209.

H. Roeder. Zur Behandlung der Epilepsie im Kindesalter. Therap. d. Gegenw., 1913, Bd. LIV, S. 546.

Oskar Salzmann. Zur Kasuistik der Porenzephalie im frühen Kindesalter. Dissertation, München, 1913.

P. W. Saunders. Sensory changes in Friedreichs disease. (Sensible Störungen bei der Friedreichschen Krankheit.) Brain, 1913, Bd. XXXVI, S. 166.

Carl Stamm. Ein Fall von multipler Sklerose im Kindesalter. Arch. f. Kinderheilk., 1914, Bd. LXIII, S. 199.

Gabriel Steiner. Über die familiäre Anlage zur Epilepsie. (Ein Beitrag zur nosologischen Differenzierung bestimmter Epilepsieformen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 1914, Bd. XXIII, S. 315.

August Strauch. Imitations- und Induktionskrankheiten der Kinder. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 601.

Jean Talent. Traitement de la chorée de Sydenham par le salvarsan et le neo-salvarsan. (Behandlung der Sydenhamschen Chorea durch Salvarsan und Neosalvarsan.) Thèse de Paris, 1913, Nr. 206.

E. S. Taylor. Notes on four cases of cerebellar ataxia in children. (Vier Fälle von zerebellarer Ataxie bei Kindern.) Guys hosp. rep., 1913, Bd. LXVII, S. 98.

Terman. Recent literature on juvenile suicides. (Jugendlicher Selbstmord.) Journ. Abnorm. Psychol., April 1914.

C. Trömner. Hypnotismus und Suggestion. Verlag von B. C. Teubner in Leipzig. 112 Seiten, 2. Auflage, 1913. Preis: 1·25 Mk.

W. Uhthoff. Über einen Fall von kongenitaler oder wenigstens sehr frühzeitig erworbener Amaurose infolge von Enzephalitis beider Okzipitallappen mit Sektionsbefund bei einem 13monatigen Kinde. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1913, Bd. L, S. 61.

G. Variot. Un cas de microsphygmie permanente avec débilité mentale chez une femme de trente-sept ans. (Ein Fall von permanenter Mikrosphygmie mit Geisterschwäche bei einer Frau von 37 Jahren.) La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 52.

Variot und **Chatelin.** Perte de substance cranienne d'origine indéterminée dans la région pariétale gauche avec hémiplégie droite et débilité mentale. (Schädelsubstanzverlust unerklärlicher Ursprungs in der linken Scheitelbeingegend mit rechtsseitiger Hemiplegie und Geistesschwäche.) La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 161.

S. de Villa. Equivalenti paralitici dell' epilessia nei bambini. (Paralytische Äquivalente der Epilepsie bei Kindern.) Gazz. internaz. di med., chirurg., 1914, Bd. XXII, S. 7.

F. L. Wachheim. Atypical infantile paralysis. (Atypische Kinderlähmung.) New York Med. Journ., 1913, Bd. XCVIII, S. 1213.

Fritz Wagner. Linksseitige Rekurrenzlähmung, bedingt durch Dilatation des linken Vorhofes und durch chronisch-schwielige Mediastinitis. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 68.

Hans Weidner. Zur Ätiologie und Symptomatologie der Epilepsie im Kindesalter (bis zu 14 Jahren). Dissertation, Kiel, 1913.

J. Zappert. Über einen epileptiformen pseudobulbären Symptomenkomplex mit günstigem Verlauf. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 111.

Stoffwechselkrankheiten.

H. Bahrdt und **F. Edelstein.** Organanalysen bei Barlowscher Krankheit. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 415.

Cordier. Considérations cliniques sur quatre cas de scorbut infantile. (Klinische Betrachtungen über 4 Fälle von infantilem Skorbut.) Ann. de policlin. centrale de Bruxelles, 1914, Bd. XIII, S. 353.

Louis Fischer. Infantile and juvenile diabetes. (Kindlicher und jugendlicher Diabetes.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 8.

E. Freise. Der Alkoholextrakt aus Vegetabilien als Träger Barlowheilender Stoffe. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 687.

J. Husler. Über symmetrischen, progressiven Fettschwund im Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 116.

R. Jemma. Sur la Maladie de Barlow. (Barlowsche Krankheit.) Pédiatr. prat., 1913, Bd. XI, S. 497.

John Lovett Morse. Infantile scorbutus. (Barlowsche Krankheit.) Boston Med. and Surg. Journ., 1914, Bd. CLXX, S. 504.

Dante Pacchioni. Forme cliniche e patogenesi della intossicazione acetonica nei bambini. (Klinik und Pathogenese der Acetonintoxikation bei Kindern.) Riv. di clin. pediatr., 1914, Bd. XII, S. 161.

H. Salomon. Über den Diabetes innocens der Jugendlichen, zugleich ein Beitrag zur Frage des renalen Diabetes. Deutsche med. Wochenschrift, 1914, Bd. XL, S. 217.

George Dow Scott. Scurvy in infants, importance of its etiology. (Säuglingsskorbut; Wichtigkeit der Ätiologie.) Post-graduate, 1914, Bd. XXIX, S. 115.

L. M. Spolverini. Contributo alla conoscenza dello scorbuto infantile. (Beitrag zur Kenntnis des kindlichen Skorbuts.) Policlino, sez. prat., 1913, Bd. XX, S. 1545.

Tzarkiès. Diabète insipide et hypoazoturie chez l'enfant. (Diabetes insipidus und Hypoazoturie beim Kind.) Thèse de Montpellier, 1913.

Vesval. Le scorbut infantile (formes frustes). (Infantiler Skorbut (formes frustes.) Thèse de Paris, 1913; Méd. prat., 1913, Bd. IX, S. 836.

Wilhelm Wernstedt. Der infantile Skorbut. Wiener klin. Wochenschr., 1914, Bd. XXVII, S. 197.

William Weston. Pellagra in early childhood. (Pellagra im frühesten Kindesalter.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1914, Bd. VII, S. 124.

Wolff. Arthritis catarrhalis (Volkmann) im Verlauf eines Barlow. Arch. f. Orthop., Mechanotherap. u. Unfallchirurg., 1913, Bd. XII, S. 376.

Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen.

Johann Antoni. Über Elephantiasis congenita und ihre Beziehungen zum partiellen Riesenwuchs. Dissertation, Heidelberg, 1912.

J. Baumel und **J. Margarot.** L'achondroplasie répond-elle à une insuffisance hypophysaire partielle? (Entspricht die Achondroplasie einer partiellen hypophysären Insuffizienz?) Nouv. iconogr. de la salpetr., 1913, Bd. XXVI, S. 202.

— Un cas d'achondroplasie. (Fall von Achondroplasie.) Montpellier méd., 1913, Bd. XXXVII, S. 17, 42.

S. Bonnamour et **Albert Badolle.** L'ostéomalacie syndrome de décalcification osseuse. 2. mém. (Die Osteomalazie als Syndrom der Knochenentkalkung.) Rev. de méd., 1913, Bd. XXXIII, S. 979.

A. Broca, R. Français und **Bize.** Dysplasie périostale et fractures intrautérines multiples. (Periostale Dysplasie und multiple intrauterine Frakturen.) Rev. d'ortopédie, 1. Juli 1913.

Henry Claude et **J. Rouillard.** Rachitisme experimental chez de jeune animaux issuss ed procréateurs éthyroidés. (Experimentelle Rachitis bei jungen von thyreoidektomierten Eltern stammenden Tieren.) Cpt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol., 1913, Bd. LXXV, S. 640.

Albert Delcourt. La contagiosité du rachitisme chez les animaux. (Die Übertragbarkeit der Rachitis bei Tieren.) Pathol. infant., 1913, Bd. X, S. 81.

Elchler. Die rachitischen Merkmale in der Mundhöhle. Zentralbl. f. allg. Gesundheitspfl., 1913, Bd. XXXII, S. 389.

Artur Goldreich. Ein Fall von partiellem Riesenwuchs. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderkrankh. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 176.

K. Katayama. Über einen Fall von kongenitalem Riesenwuchs. Arch. f. Orthopädie, 1913, Bd. XIII, S. 53.

Herbert Koch. Fall eines ziemlich rasch entstandenen Knochendefektes des Schädels (Gumma?). Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 171.

v. Maltzahn. Ein Beitrag zur Hypophysenmedikation bei Rachitis. Deutsche militärärztl. Zeitschr., 1913, Bd. XLII, S. 912.

Georg Müller. Ein Fall von Riesenwuchs. Verhandl. d. deutschen orthop. Gesellschaft. 12. Kongr., Berlin, 1913, S. 309.

J. Novak und **O. Porges.** Über die Azidität des Blutes bei Osteomalazie. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 1791.

C. Max Page. Two cases of achondroplasia. (Zwei Fälle von Achondroplasie.) Proc. of the Roy. Soc. of Med., London, 1914, Bd. VII. S. 105.

H. Perls. Blutuntersuchungen bei rachitischen Kindern. Dissertation, Berlin, 1913.

Perrin. Un cas d'arrêt de développement du fémur. (Ein Fall von Entwicklungsstillstand des Femurs.) Rev. d'orthopédie, 1. Mai 1913.

Pironneau. L'achondroplasie du nourrisson. (Achondroplasie beim Säugling.) La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 66.

Mario Reano. Ricerche cliniche sul rachitismo congenito. (Klinische Untersuchungen über kongenitale Rachitis.) La Pediatrie, 1914, Bd. XXII, S. 510.

Speese. Unilateral congenital hypertrophy. Arch. of Pediatrie, April 1914.

Die Hypertrophie betraf eine der großen Zehen.

Wachenheim (New York).

Tillaye. Ostéopsathyrosis héréditaire familiale. (Familiäre hereditäre Osteopsathyrosis.) Rev. d'oethop., 1914, Bd. XXV, S. 113.

G. Variot. Étude pratique du rachitisme chez le nourrisson. (Praktische Studie über Rachitis beim Säugling.) La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 394, 431.

K. Weiss. Traitement du rachitisme par l'extrait d'hypophyse. (Rachitisbehandlung durch Hypophysenextrakt.) Semaine méd., 1913, Juli.

Kurt Weiss. Zur Frage der Hypophysentherapie bei Rachitis. Dissertation, Tübingen, 1913.

Young. Chondrodystrophia fetalis. Arch. of Pediatrie, Mai 1914.

Erich Zurhelle. Osteogenesis imperfecta bei Mutter und Kind. (Beitrag zur Frage der Identität dieser Erkrankung mit der Osteopsathyrosis idiopathica.) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1913, Bd. LXXIV, S. 942.

Haut.

Henry Dwight Chapin. Cases of edema in infants. (Fälle von Ödem bei Säuglingen.) Arch. of Pediatrie, 1914, Bd. XXXI, S. 5.

J. Comby. L'emphysème sous-cutané chez les enfants. (Subkutanes Emphysem bei Kindern.) Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 81.

Carlo Coppolino. Dermastosi simulante la malattia di Raynaud. (Über eine der Raynaudschen Krankheit ähnliche Dermatose.) Riv. di patol., nerv. e ment., 1913, Bd. XVIII, S. 763.

H. Mc Cormac. Five cases of epidermolysis bullosa. (Fünf Fälle von Epidermolysis bullosa.) Proceed of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 183.

Haldin Davis. Case of psoriasis in a very young infant. (Fall von Psoriasis bei ganz jungem Kinde.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VII, S. 35.

— Psoriasis. (Psoriasis.) Brtiish Med. Journ., 1913, Nr. 2762, S. 1487.

— Psoriasis in infancy. (Psoriasis in frühester Kindheit.) British Journ. of Child., Dis. 1914, Bd. XI, S. 22.

V. C. Gianelli. Zona familial et récidivant. (Familiärer und rezidivierender Herpes zoster.) Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphilig., 1913, Bd. XXIV, S. 582.

Artur Goldreich. Ein 7 Wochen alter Knabe mit Zellgewebsverhärtung. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 57.

P. S. Hichens. Remarks on some fatal cases of eczema in children. (Bemerkungen über einige Fälle von Kinderekzem mit tödlichem Ausgang.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 213.

A. v. Khautz. Spontane Extremitätengangrän im Kindesalter. Zeitschrift f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 35.

Klotz. Psoriasis und Tuberkulose. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 534.

— Behandlung der Skabies bei Kindern. Monatsschr. f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. XII, S. 533.

K. Leiner. Ein Säugling mit morbillenähnlichem Exanthem. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 175.

— Zweijähriges Kind mit Psoriasis discoidea. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 174.

Fritz Magyar. Impetigo circinata bei einem 5 ½ Monate alten Säugling. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk., inWien 1913, Bd. XII, S. 178.

Ochs. Infantile eczema. Med. Record, 22. November 1913.
Wachenheim (New York).

Edward Pisko. Skin diseases in school children. (Hautkrankheiten bei Schulkindern.) New York Med. Journ., 1913, Bd. XCVIII, S. 816.

John W. Price. Conservatism in pelvic surgery. Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 305.

Leo v. Sarnowski. Ein Fall von Erythrodermia desquamativa. (Leiner) Dissertation, Greifswald, 1913.

Sequeira. Pityriasis rubra pilaris. British Med. Journ., 1914, Nr. 2769, S. 197.

Bernhard Sperk. Klinische Beobachtungen über Dermatitis exfoliativa (Ritter). Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. XI, S. 57.
Michael Szabo. Anwendung der jodhaltigen Antiseptika bei Ekzemen kleiner Kinder. Dermatol. Wochenschr., 1914, Bd. LVII, S. 252.
Alfred Tridon. Syndrome de Maurice Raynaud chez l'enfant. (Raynaudsche Krankheit beim Kinde.). Thèse de Paris, 1913, Nr. 3.
Maurice de Vaugiraud. Contribution à l'étude des érythrodermies desquamatives des nourrissons. (Beitrag zum Studium der erythrodermia desquamativa bei Säuglingen.) Thèse de Paris, 5. Juni 1913.
Roger Voisin. Erythème noueux chez un hérédo-syphilitique. (Erythema nodosum bei einem hereditär Syphilitischen.) Gaz. méd. de Nantes, 1913, Bd. XXXI, S. 970.
John Zahorsky. Roseola infantum. Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 1446.
Maximilian Zarfl. Akutes mediastinales Zellgewebsemphysem und Hautemphysem bei einem 3 Monate alten Säugling. Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XII, S. 65.

Zahnung.

Hans Ahrens. Die Entwicklung der menschlichen Zähne. Anat. Hefte, 1913, Bd. XLVIII, S. 167.
Richard Landsberger. Der Einfluß der Zähne auf die Entwicklung der Nase. Arch. f. Anat. u. Physiol., 1914, S. 1.
A. Pont und **P. Trillat.** Chronologie de la dentition. (Chronologie der Zahnung.) Lyon méd., 1913, Bd. 39, S. 491.
Maurice Roy. La dentition et les dents chez les enfants. (Zahnung und Zähne der Kinder.) Enfance, 1913, Bd. I, S. 881.
Friedrich Paul Wurfschmidt. Zahnkrankheiten der Schulkinder und ihr Einfluß auf die Leistungsfähigkeit. Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilkunde, 1913, Bd. XXXI, S. 769.

Auge.

Adams. The prevention of blindness caused by ophthalmia neonatorum. (Verhütung von Blindheit durch Ophthalmia neonatorum. Illinois Med. Journ., März 1914. Wachenheim (New York).
Brav. The preventive and curative treatment of ophthalmia neonatorum. (Verhütung und Behandlung der Ophthalmia neonatorum.) New York Med. Journ., 23. Mai 1914.
Paul Carsten. 600 Refraktionsbestimmungen bei Schulkindern. Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. d. Auges, 1914, Bd. XVII, S. 101 und 114.
Gleeson. Glioma of the retina in a child eight months old. (Netzhautgliom bei einem 8monatigen Kinde.) Ophthalmic Record, Mai 1914. Wachenheim (New York).
Jakob Golomb. Zur Ätiologie, Pathogenese und Therapie des Hydrophthalmus congenitus. Dissertation, Berlin, 1913.
Haass. Behandlung der Gono-Blennorrhoea neonatorum mit Noviform. Wochenschr. Therap. Auge, 1913, Bd. XVII, S. 77.
T. B. Holloway. Ophthalmia neonatorum. (Ophthalmia neonatorum.) Ophthalmic rec., 1913, Bd. XXII, S. 717.
V. Morax. A propos du traitement de l'ophthalmie gonococcique du nouveau-né. (Zur Behandlung der gonorrhoischen Augenentzündung der Neugeborenen.) Ann. de gynécol. et d'obstétr. 1914, Bd. XLI, S. 129; Bull. de la soc. de obstétr. et d' gynécol., 1914, Bd. II, S. 82.
Richard Pape. Über augenärztliche Schuluntersuchungen im Fürstentum Lippe. Der Schularzt, 1914, Bd. XII, S. 41.
Albert Peters. Zur Kenntnis der angeborenen Veränderungen der Sklera. Zentralbl. f. Augenheilk., 1913, Bd. XXXVII, S. 279.
Ferd. Philippi. Blenorrhoea neonatorum. Dissertation, Straßburg, 1913.

C. H. Sattler. Die skrofulösen Augenleiden und ihre Behandlung. Fortschr. d. Med., 1913, Bd. XXXI, S. 1233.

Albert Tassius. Über Ophthalmoblenorrhoea neonatorum, ihre Prophylaxe und Therapie. Frauenarzt, 1914, Bd. XXIX, S. 98.

A. Williams. Trachoma and allied conditions in New York School children. (Trachom usw. bei den New Yorker Schulkindern.) Journ. Infect. Dis., März 1914.

Entgegen der landläufigen Meinung ist wirkliches Trachom durchaus nicht häufig, es handelt sich zumeist um follikuläre Katarrhe. Wachenheim (New York).

Nase, Ohr, Kehlkopf.

H. Abrand. Polype fibro-muqueux gigantesque naso-pharyngien chez une enfant de 11 ans. (Fibro-muköser Riesenpolyp im Nasopharynx bei einem 11jährigen Mädchen.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 313.

Adkins. Intubation in diphtheria. Georgia Med. Assoc. Journ., Februar 1914. Wachenheim (New York).

L. Castellani. Lo stridore laringeo congenito. (Über kongenitalen Larynxstridor.) Prat. oto-rino-laringoiatr., 1913, Bd. XIII, S. 241.

L. Chatelin. Le spasme de la glotte d'origine pulmonaire. (Spasmus glottidis pulmonären Ursprungs.) La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 417.

A. Gignoux. Paralysie otique du moteur oculaire externe. (Lähmung des Musculus abducens nach Otitis.) Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol., 1914, Bd. XXXV, S. 161.

Göppert. Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes im Kindesalter; ihre Folgezustände und ihre Behandlung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Bd. XI, S. 233.

E. M. Holmes. The epipharynx in children. (Der Epipharynx im Kindesalter.) Amer. Journ. of Surg., 1914, Bd. XXVIII, S. 149.

Le Marc-Hadour. Les rhinites du nourrisson. (Rhinitis beim Säugling.) La Clin. infant., 1914, Bd. XII, S. 423.

Holger Mygind. Die häufigsten otogenen Halsabszesse. Arch. f. Ohrenheilkunde, 1914, Bd. XCIII, S. 269.

Openheimer. The inflammatory affections of the nasal accessory sinuses in children. (Entzündungen der Nebenhöhlen im Kindesalter.) Med. Record, 21. Februar 1914.

John Phillips und **H. O. Ruh.** Angioma of the larynx, especially its relation to chronic laryngitis. (Larynx-Angiom mit besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zur chronischen Laryngitis.) Amer. Journ. of Dis. of Child., Februar 1913.

Savariaud und **Zaepffel.** Sténose cicatricielle laryngo-trachéale postdiphthérique. Laryngostomie. Guérison. (Postdiphtherische laryngotracheale Narbenstenose. Laryngostomie; Heilung.) Bull. de la soc. de Pédiatrie, 1913, S. 323.

Fritz Schlemmer. Die Nebenhöhlenerkrankungen im Kindesalter. Arch. f. Laryngol. und Rhinol., 1913, Bd. XXVIII, S. 60.

Paul Skrowaczewski. Zur Kenntnis des Hörvermögens der Deszendenz kongenitaltauber Eltern. Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol., 1913, Bd. XLVII, S. 1178.

Francesco Strina. Osservazioni statistico-critiche sulla otite media nella prima infanzia. (Statistisch-kritische Beobachtungen über Otitis media in der ersten Kindheit.) Gazz. d. osp. e d. clin., 1913, Bd. XXXIV, S. 1306.

Toeplitz. Five hundred examinations of the nose and throat in an institution for delincuent boys. (Ergebnisse von 500 Nasen- und Rachenuntersuchungen einer Anstalt für jugendliche Verbrecher.) Med. Record, 14. März 1914.

Ruth. Tunnicliff. An anaerobic organism associated with acute rhinitis. (Über einen bei akuter Rhinitis gefundenen anäroben Mikroorganismus.) Journ. of infect. Dis., 1913, Bd. XIII, S. 283.

F. Voss. Heilung einer Encephalitis bei Otitis media chron. nach Oppenheim ohne Operation. Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftwege, 1913, Bd. LXIX, S. 270.

Walb. Über Rachitis der Nase und ihre Beziehungen zum Asthma bronchiale. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 2 S. 2300.

Francis Warner. Development of the pharynx by muscular exercises after operation for adenoids. (Erweiterung des Nasenrachenraumes durch Muskelübungen nach Operation der adenoiden Vegetation.) Lancet, 1913, Bd. II, S. 1758.

Chirurgie.

W. Albrecht. Die Bedeutung der Schwebelaryngoskopie für das Kindesalter. Arch. f. Laryngol. u. Rhinol., 1913, Bd. XXVIII, S. 1.

H. E. d'Arcis. Les polypes du rectum chez les enfants. (Die Mastdarmpolypen bei den Kindern.) Rev. méd. de la Suisse rom., 1913, Bd. XXXIII, S. 699.

Peter Bade. Über die Beziehungen der Arthritis deformans juvenilis zum eingerenkten kongenital luxierten Hüftgelenk. Zeitschr. f. orthop. Chirurg., 1913, Bd. XXXIII, S. 206.

L. E. Barrington-Ward. Enlargement of the mammary gland in a boy, aged 10 ½ years. (Vergrößerung der Brustdrüse bei einem 10 ½ Jahre alten Knaben.) Proceed, of the Roy. Soc. of Med., 1914, Bd. VII, S. 85.

Benn. Über einen Fall von innerer Einklemmung infolge Mesenterialllücke bei einem Neugeborenen. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. Bakteriol., Festschr. f. P. v. Baumgarten, Tübingen 1914, Bd. IX, S. 129.

Paul Bernstein. Untersuchungen über das Vorkommen von Bruchanlagen bei Föten und jungen Kindern. Arch. f. klin. Chir., 1914, Bd. CIII, S. 672.

Brandeis. Kyste congénital du rectum. (Kongenitale Kyste des Rektums.) Soc. de méd. et der chir. de Bordeaux, 30. Januar 1914.

William A. Brend. The mortality of children from burning. (Sterblichkeit der Kinder durch Verbrennungen.) Lancet 1913, Bd. II, S. 1321.

Antonio Brinda. Su di un caso die sarcoma primitivo delle ghiandole retroperitoneali in un bambino con metastasi ai reni e al cuore. (Über einen Fall von primärem Sarkom der retroperotonealen Drüsen bei einem Kind mit Metastasen in Nieren und Herz.) Morgagni 1914, Bd. LVI, S. 33.

Broca. Fractures du crâne après la naissance. (Schädelfrakturen nach der Geburt.) Pédiatr. prat., 1913, Bd. XI, S. 386.

H. C. Clark und **Alfred G. Farmer.** A case of congenital cyst of the thyroid gland, in a child aged 1 year, producing death by asphyxiation. (Ein Fall von kongenitaler Schilddrüsenzyste bei einem 1jährigen Kinde, als Ursache des Todes an Asphyxie.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 408.

Coursen Baxter Conklin. Typhoïd spine. With report of a case complicated by thrombophlebitis of the left femoral vein. (Typhöse Spondylitis. Mitteilung eines Falles kompliziert durch Thrombophlebitis der linken Femoralvene.) Med. rec., 1914, Bd. LXXXV, S. 157.

E. Desmarest. Traitement chirurgical des abcès du sein (Incision sous-et rétro-mammaire). (Chirurgische Behandlung der Mammaabszesse.) La Presse méd., 1913, Nr. 53, S. 505.

R. C. Dun. A report on 220 cases of hernia in children operated on the „out-patient department". (Bericht über 220 Hernienoperationen bei Kindern.) Liverpool med.-chir. Journ., 1914, Nr. 65, S. 95.

E. Etienne und **A. Aimes.** Cancer de l'ovaire chez une fillette de huit ans et demi. (Ovarialkarzinom bei einem 8½jährigen Mädchen.) Morpellier méd., Bd. 1913, Bd. XXXVI, S. 576.

Arthur B. Eustace and **R. William Mac Nealy.** Case of strangulated tubeovarian hernia in an infant. (Ein Fall von Strangulation einer Tubeovarial-Hernie bei einem Kind.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1914, Bd. LXII, S. 772.

Rudolf Fischl. Über die konservative Behandlung der Hernien im Säuglingsalter. Prager med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXVIII, S. 705.

Fontaine. De la laryngostomie dans le traitement des papillomes diffus chez l'enfant. (Laryngostomie zur Behandlung diffuser Papillome beim Kind.) Thèse de Paris, 1913.

Guisez. Observations de corps étrangers de l'oesophage et des voies aériennes chez de tout jeunes enfants. (Beobachtungen von Fremdkörpern im Oesophagus und den Luftwegen bei ganz jungen Kindern.) Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris, 1914, Bd. XVI, S. 150.

Hallé und **Françon.** Sarcome généralisé chez un nourrisson. (Generalisiertes Sarkom beim Säugling.) Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris 1913, S. 264.

Hardouin et **Potel.** Deux observations de tumeur du testicule chez l'enfant. (Zwei Beobachtungen über Hodengeschwülste beim Kinde.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris, 1914, Bd. LXXXIX, S. 150.

Henry Herding. De l'intervention chirurgicale dans la hernie ombilicale de l'enfance. (Operativer Eingriff bei Nabel-Hernie beim Kinde.) Thèse de Paris, 1913, S. 386.

S. Hilsmann. Über Harnblasengeschwülste mit besonderer Berücksichtigung eines Falles von zystischem Polyp bei einem Neugeborenen. Dissertation, Berlin 1913.

Otto Jüngling. Über Pseudarthrosen im Kindesalter. Beitr. z. klin. Chir., 1914, Bd. XC, S. 649.

Robert Kienböck. Über Zwerchfellhernien bei Kindern. Klinisch-radiologische Studie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen, 1914, Bd. XXI, S. 411.

Legg. The importance of early recognition of arthritis of the hip-joint in infants. (Wichtigkeit der früheren Erkenntnis der Hüftgelenkserkrankung bei Säuglingen.) Boston Med. and Surg. Journ., 2. April 1914. Wachenheim.

Hans Lengnick. Beitrag zur Operation des Mastdarmvorfalles bei Kindern. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 2405.

J. S. Manson. Hereditary transmission of sarcoma. (Erbliche Übertragung von Sarkom.) British Med Journ., 1913, Nr. 2757, S. 1135.

Mello-Leitao. A case of myxoma congenital of the feet. (Kongenitales Myxom der Füße.) Amer. Journ. of Dis. of Child., Mai 1913.

Charles G. Mixter. A case of lymph cyst of the mesentery. (Ein Fall von Mesenterialzyste.) Boston Med. a. Surg. Journ., 1914, Bd. CLXX, S. 536.

André Rendu. Enfoncement du crâne chez un enfant de onze mois; intervention guérison. (Schädelbruch bei einem 1monatigen Kind; Behandlung: Heilung.) Lyon méd., 1913, Bd. CXXI, S. 540.

H. L. Rocher. Les raideurs articulaires congénitales multiples. (Die multiplen kongenitalen Gelenkversteifungen.) Enfance 1914, Bd. II, S. 81 und 175.

H. Salzer. Innere Verletzungen nach Überfahrenwerden. Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd, XII, S. 175.

— Kruralhernie bei einem 9jährigen Knaben. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 63.

M. Savariaud. Les brûlures chez les enfants et leur traitement. (Verbrennungen bei Kindern und ihre Behandlung.) Méd. infant., 1914, Bd. XXII, S. 77.

A. Schanz. Über Skoliosenbehandlung. Med. Klinik, 1914, Bd. X, S. 755.

Erwin Schwarz. Zur Frage der spontanen Epiphysenlösung (intrakapsulären Schenkelhalsfraktur?) im Kindesalter. Beitr. z. klin. Chir., 1913, Bd. LXXXVII, S. 709.

Soutter. A new operation for hip contractures in poliomyelitis. (Neue Operation für Kontraktur des Hüftgelenkes nach Poliomyelitis) Boston Med. and Surg. Journ., 12. März 1914.

Wachenheim.

Douglas Stanly. Osteomyelitis des rechten Oberkiefers bei einem Kinde von $1^3/_4$ Jahren. British Med. Journ. 1913, Nr. 2764, S. 1583.

James S. Stone. Inguinal hernia in children. (Inguinalhernien im Kindesalter.) Boston med. a. Surg. Journ., 1914, Bd. CLXX, S. 506.

Luigi Vaccari. Cancrena e perforazione dell'appendice in un' ernia inguinale congenita di un bambino di 18 giorni. (Gangrän und Perforation der Appendix bei einer angeborenen Inguinalhernie bei einem Säugling von 18 Tagen.) Policlinico sez. chirurg., 1914, Bd. XXI, S. 90.

Victor Veau. Appendicite chronique et hernie inguinale. (Chronische Appendizitis und Inguinalhernie.) Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris 1913, S. 241.

Petit de la Villéon. Cure radicale de la hernie de l'enfant par le procédé de Lorthioir. (Radikalbehandlung der Hernie beim Kind nach Lorthioir.) Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux. 5. Juni 1914.

— Volumineux sarcome du testicule chez un enfant de 25 mois. (Großes Hodensarkom bei einem Kind von 25 Monaten.) Gaz. hebdom, des scienc. méd. de Bordeaux, 1914, Bd. XXXV, S. 32.

Per Wetterdal. Ein Fall von Hernia diaphragmatica spuria congenita dextra. Nord. med. Arkiv, 2. Inre Med., 1913, Bd. XLVI, S. 1.

R. H. Anglin Whitelocke. Two successful cases of operation for strangulated inguinal hernia in femalo infants of the ages of 22 and 17 days. (Zwei erfolgreich operierte Fälle von eingeklemmter Inguinalhernie bei Mädchen im Alter von 22 beziehungsweise 17 Tagen.) Brit. Journ. of child., 1913, Bd. X, S. 353.

A. D. Willmoth. Traumatic injury of the knee. (Traumatische Verletzungen des Knies.) Pediatrics 1914, Bd. XXVI, S. 71.

Robt. H. Woods. Two cases of subglottic tumor. (Zwei Fälle von subglottischem Tumor). Journ. of laryngol., rhinol. and otol., 1913, Bd. XXVIII, S. 509.

Hérédité du sarcome. (Heredität des Sarkoms.) Revue générale. Arch. de méd. des enfants., 1914, Bd. XVII, S. 294.

Orthopädie.

E. H. Bradford. Beiträge zur kongenitalen Hüftgelenksluxation. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1914, Bd. XXXIV, S. 390.

Francesco Delitala. Sulla coxa vara congenita. (Über angeborene Coxa vara.) Arch. di ortop., 1913, Bd. XXX, S. 382.

Albert Ehrenfried. Flat foot in children. (Plattfuß bei Kindern.) Boston Med. a. Surg. Journ., 1914, Bd. CLXX, S. 538.

Feutelais. Un cas de scoliose congénitale. (Fall von kongenitaler Skoliose.) Revue d'orthopédie. 1. Juli 1913.

J. Gourdon et **H. Dijonneau.** Scoliose et hypothyroidie. (Skoliose und mangelhafte Funktion der Schilddrüse.) Rev. d'orthop., 1914, Bd. XXV, S. 9.

H. L. Rocher et **R. Mabille.** A propos d'un cas de scoliose congénitale dorsolombaire. (Über einen Fall von angeborener lumbodorsaler Skoliose.) Gaz. hebdom, des sciences méd. de Bordeaux, 1914, Bd. XXXV, S. 195.

Erwin Schwarz. Über die Coxa vara congenita. Beitr. z. klin. Chirurg., 1913, Bd. LXXXVII, S. 685.

C. B. Spalding. Genu valgum. Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 120.
Ugo Trinci. Due casi di alluce varo congenito. (2 Fälle von angeborenem Hallux varus.) Arch. di ortop., 1914, Bd. XXXI, S. 3.
A. Wiemers. Über solitäre rachitische Exostosen bei Genu valgum. Arch. f. Orthop., Mechanotherap. u. Unfallchirurg., 1913, Bd. XII, S. 380.
Hans Würtz. Ein Beitrag zur Begründung der Krüppelpsychologie. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, 1914, Bd. VII, S. 16.

Mißbildungen.

W. H. Battle. A case of microglossia in a child aged $1^5/_{12}$ year. (Fall von Mikroglossie bei einem Kind von 1 Jahr und 5 Monaten.) British med. Journ., 1913, Nr. 2760, S. 1381.
Albert Howard Baugher. Congenital atresia of the small intestine. (Angeborene Atresie des Dünndarmes.) Transact. of the Chicago pathol. soc., 1913, Bd. IX, S. 34.
Eugen Bibergeil. Die Beziehungen der Spina bifida occulta zum Klauenhohlfuß. Verhandl. d. Deutsch. orthop. Gesellsch., 1913, Bd. XII, S. 81; Zeitschr. f. orthop. Chir., 1913, Bd. XXXIII, S. 225.
Bonnaire et **Ecalle.** Rein polykystique et vessie à colonnes chez un nouveau-né. (Polycystische Niere und Balkenblase bei einem Neugeborenen.) Bull. et mém. de la soc. anat., de Paris, 1913, Bd. LXXXVIII, S. 475.
Auguste Broca. „Spina bifida" latent avec tumeur. (Spina bifida occulta mit Tumorbildung.) Presse méd., 1913, Bd. XXI, S. 865.
J. Philip Buckley. A case or congenital malformation of the fore-arm with a short consideration of the aetilogy. (Ein Fall von kongenitaler Mißbildung des Vorderarmes mit einer kurzen Betrachtung über die Ätiologie.) Med. chronicle, 1914, Bd. LIX, S. 11.
André Chalier und **Paul Santy.** Spina bifida géant. (Riesige Spina bifida.) Rev. d'orthopédie. 1. Mai 1913.
E. A. Cockayne. Congenital deficiency of vertebrae and ribs. (Kongenitaler Wirbel- und Rippendefekt.) Proc. of the roy. soc. of med., London 1914, Bd. VII, S. 100.
Codet-Boisse. Fistule congénitale du cou. (Kongenitale Halsfistel.) Journ. de méd. de Bordeaux, 1913, Nr. 17, S. 266.
P. Convert et **P. Santy.** Deux cas de spina bifida ancient opérés avec succès. (2 Fälle von Spina bifida mit erfolgreicher Operation.) Rev. d'orthop., 1914, Bd. XXV, S. 25.
Edred M. Corner. The clinical picture of congenital absence of the fibula. (Das klinische Bild des angeborenen Fibuladefektes.) British Journ. of surg., 1913, Bd. I, S. 203.
Maurice Dubois. Zur Dolichostenomelie. Zeitschr. f. angew. Anat. u. Konstitutionslehre, 1914, Bd. I, S. 226.
Geo H. Edington. Two unusual forms of spina bifida. (Zwei ungewöhnliche Fälle der Spina bifida.) The Glasgow Med. Journ., März 1913.
P. Geelvink. Über Hyperphalangie. Arch. f. Psychiatrie, 1913, Bd. LII, S. 1015.
Artur Goldreich. Atresia ani vestibularis. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 86.
F. Götzky und **F. Weihe.** Zur Kasuistik des angeborenen totalen Rippendefektes. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen, 1914, Bd. XXI, S. 408.
A. Grosse. Imperforation anale chez le nouveau-né. (Imperforation des Anus beim Säugling.) Gaz. méd. de Nantes, 1913, Nr. 15, S. 288.
Francis Harbitz. Ein Fall von Mikrokephalie. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., 1913, Bd. XIII, S. 210.
Carl Heijl. Weitere Untersuchungen über die akardialen Mißgeburten. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., 1913, Bd. XIII, S. 411.

Th. Herzog. Beitrag zur Pathologie des Turmschädels. Beitr. z. klin. Chir., 1914, Bd. XC, S. 464.

Hoguet. Spina bifida. New York Med., Journ. 13. Dezember 1913.

Wachenheim.

Junkel. Beiträge zur Kenntnis der embryonalen Nierengeschwülste. Arch. f. klin. Chir., 1914, Bd. CIII, S. 940.

von Khautz. Ein Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 85.

Raphael Liberge. Traitement des spina ventosa par les rayons de Roentgen. (Röntgenbehandlung der Spina ventosa.) Thèse de Paris, 1913, Nr. 176.

M. Lichtenstein. Über einen Fall von angeborener Bauchspalte. Dissertation, München, 1913.

Marquis. Deux cas congénitaux d'abouchements anormaux du rectum. (Zwei Fälle von kongenitaler abnormer Ausmündung des Rektums.) Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Bd. XXXIX, S. 1425.

Ernst Mayerhofer. Prolapsus uteri mit Spina bifida und Lückenschädel bei einem neugeborenen Kinde. Gesellsch. f. inn. Med. und Kinderheilkunde, 1914, Bd. XIII, S. 67.

Méry und **Parturier.** Absence congénitale de la glande mammaire du côté droit avec conservation du mamelon; agénésie du grand pectoral correspondant (portion sterno-costale. (Kongenitales Fehlen der rechten Brustdrüse bei Vorhandensein der Brustwarze; Agenesie des rechten Musc. pec. Sterno-costaler Teil.) Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 520.

Albert Mouchet. Absence congénitale de la glande mammaire du coté droit avec existence du mamelon; agénésie du grand pectoral du même côté dans sa portion sterno-costale. (Kongenitales Fehlen der rechten Brustdrüse bei gleichzeitigem Vorhandensein der Brustwarze; Agenesie des rechten Musculus pectoralis maior in seinem sterno-kostalen Teile.) Bull. de la soc. de Pédiatrie, 1914, S. 87.

Hermann Neff. Über Pseudohermaphroditismus (mit 2 Fällen von Pseudohermaphroditismus femininus externus eigener Beobachtung). Dissertation, München 1914.

Nobe. Zur Kasuistik und Therapie der angeborenen seitlichen Halsfistel. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1914, Bd. CXXVI, S. 348.

L. Ombrédanne. Anomalies thoraciques. (Anomalien des Thorax.) Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1914, S. 89.

— Malformations congénitales par brides amniotiques. (Kongenitale Mißbildungen durch aminotische Stränge.) Rev. d'orthopédie, 1. Mai 1913.

W. Pfanner. Über einen Fall von Spina bifida occulta sacralis mit Blasendivertikel und inkompletter Urachusfistel. Wiener klin. Wochenschr., 1914, Bd. XXVII, S. 12.

Emanuele Leonardo Piazza. Contributo alla conoscenza delle formazioni congenite mediane del collo. (Beitrag zur Kenntnis der angeborenen medialen Mißbildungen des Halses.) Policlin. sez. chir., 1913, Bd. XX, S. 501.

Pironneau. Le thorax en entonnoir chez les nourrissons. (Die Trichterbrust im Säuglingsalter.) 1914, Clin. infant., Bd. XII, S. 1.

H. M. Richter. Congenital atresie of the oesophagus; an operation designed for its cure, with a report of two cases operated upon by the author. (Kongenitale Ösophagusatresie; eine Operation zur Heilung dieses Zustandes mit Bericht über zwei operierte Fälle.) Surg. gynecol. a. obstetr., 1913, Bd. XVII, S. 397.

Jane I. Robertson. Four cases of congenital deformity of the heart due to anomalous mechanical influences in the malformed foetus. (Vier Fälle kongenitaler Deformität des Herzens infolge abnormaler mechanischer Einflüsse im mißgebildeten Fötus.) Journ. of pathol. and Bacteriol., 1913, Bd. XVIII, S. 211.

H. Salzer. Atresia ani. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1914, Bd. XIII, S. 63.

Ernst Schwalbe. Über die Methoden und den Wert des Vergleiches menschlicher und tierischer Mißbildungen. Vergleichende Teratologie. Stud. z. Pathol. d. Entwicklung, 1913, Bd. I, S. 1.

Erwin Schwarz. Über die Coxa vara congenita. Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen, 1913, Bd. XX, S. 408.

A. v. Szily. Weitere Beiträge zu den embryologischen Grundlagen der Mißbildungen des Auges. Erklärung der angeborenen umschriebenen Loch- oder Grubenbildungen an der Pupille. Berliner ophthalmol. Geselsch., 1913, Bd. XXXIX, S. 344.

Alice Weld Tallant. A case of multiple congenital malformation. (Ein Fall von multiplen kongenitalen Mißbildungen.) Arch. of ped., 1914, Bd. XXXI, S. 45.

F. D. Telford. Kongenital bronchocele. (Kongenitale Bronchocele.) Med. chronicle, 1913, Bd, XXVI, S. 22.

Erwin Thomas. Ein Fall von Arachnodaktylie mit Schwimmhautbildung und einer eigenartigen Ohrmuscheldeformität. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1914, Bd. X, S. 109.

Emerich von Tothfalussy. Die Hasenscharte. Ergebnisse d. Chir. u. Orthop., 1913, Bd. VII, S. 409.

T. Urano. Über einen Fall von Spina bifida. Dissertation, München 1913.

Léon Vallois et **Henri Vallois.** Étude anatomique d'un foetus exencéphalien (iniencéphale). (Anatomische Studie eines exenzephalen (inienzephalen) Fötus.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris, 1914, Bd. III, S. 225.

K. E. Veit. Zur Kenntnis des Offenbleibens des Ductus omphalomesentericus. Arch. f. klin. Chir., 1913, Bd. CII, S. 1014.

F. Warburg. Über Scapula scaphoidea. Med. Klin., 1913, Bd. IX, S. 1851.

N. Wolostnich. Über Trichterbrust. Dissertation, Berlin 1913.

Vergiftungen.

Allyre Chassevant. Intoxication par la santonine chez les enfants. (Santoninvergiftungen bei Kindern.) Bull. de la soc. de méd. légale de France, 1913, Bd. X, S. 347; Rev. de méd. lég., 1913, Bd. XX, S. 355.

R. Magnus. Ein Fall von tödlicher Vergiftung mit Phosphorlebertran. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. Sanitätswesen, 1914, Bd. XLVII, S. 265.

Gerichtliche Medizin.

Martin, Etienne und **Georges Mouriquand.** La mort subite des enfants. (Plötzlicher Tod im Kindesalter.) Arch. d'anthropol. crim. de méd. lég. et de psych. norm. et pathol., 1913, Bd. XXVIII, S. 781; Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég., 1913, Bd. XX, S. 328.

E. Sorel. Étude histologique du poumon foetal en médecine légale. (Histologische Untersuchungen der fötalen Lunge in der gerichtlichen Medizin.) Arch. méd. de Toulouse 1913, Bd. XX, S. 221.

Straßmann. La mort des enfants envisagée au point de vue médico-légal. (Tod der Kinder mit Rücksicht auf den gerichtsärztlichen Standpunkt.) Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég., 1913, Bd. XX, S. 350.

Vakzination.

Carl Hegler. Über generalisierte Vakzine. Derm. Wochenschr., 1914, Bd. LVIII, S. 29, Ergänzungsheft.

Paul Michalis. Das Impfgesetz für das Deutsche Reich vom 8. Apr. 1874. 68 Seiten. Verlag von Philipp Reclam jun., Leipzig.

L. Voigt. Generalisierte Vakzine. Klin.-therap. Wochenschr., 1914, Bd. XXI, S. 61.

Hygiene und soziale Medizin.

H. T. Ashby. Infant mortality. (Kindersterblichkeit.) London 1913.

E. Ausset. Cures thermales chez les enfants. (Badekuren beim Kinde.) Lille 1913. Plateau, édit.

S. Josephine Baker. The infants' milk stations; their relation to the pediatric clinics and to the private physician. (Säuglingsmilchstationen. Ihr Verhältnis zu den pädiatrischen Kliniken und zum praktischen Arzte.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 165.

Ballard. La crise de la dépopulation. Théories néo-malthusiennes et avortement. (Die Entvölkerungskrise. Neo-Malthusiasmus und Abort.) Journ. de méd. de Bordeaux, 1913, Nr. 27.

Marie Baum. Das Schicksal der unehelichen Kinder während der zwei ersten Lebensjahre. Dargestellt an einem Stadt- und einem Landkreise des Regierungsbezirkes Düsseldorf. Concordia. 1913, Bd. XX, S. 313, 338.

A. Bender. Der Schutz der gewerblich tätigen Kinder und der jugendlichen Arbeiter. Heft 2 der Fortschritte des Kinderschutzes und der Jugendfürsorge, Vierteljahrshefte des Archives deutscher Berufsvormünder, herausgegeben von Chr. J. Klumker. 69 Seiten. Verlag von Julius Springer, Berlin 1914.

Bethke. Die Armengesetzgebung. 32 Seiten. Verlag der „Deutschen Gemeinde-Zeitung" P. Stankiewicz, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin 1913.

Bézy. Les familles nombreuses. (Die kinderreichen Familien.) Arch. méd. de Toulouse 1913, Bd. XX, S. 177.

L. Bouchacourt. Sur la nécessité d'entreprendre une lutte sérieuse contre l'alcoolisme, pour améliorer la race, et pour diminuer la mortalité infantile. (Über die Notwendigkeit, einen ernsten Kampf gegen den Alkoholmißbrauch zu führen, um die Rasse zu verbessern und die Kindersterblichkeit herabzusetzen.) Journ. de méd. de Paris, 1913, Bd. XXXIII, S. 976.

Hermann Brüning. Welche Gesichtspunkte sind bei der Errichtung und dem Betrieb einer Tagkrippe maßgebend? Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1914, Bd. VI, S. 42 und 87.

Georges Cahen. Ligue contre la mortalité infantile; conférences sur les œuvres de puériculture. Les cantines maternelles. (Liga zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Säuglingsfürsorge. Mutter-Speisestuben.) Enfance, 1914, Bd. II, S. 270.

Gaston Cannet. La protection des enfants du premier âge en France. (Säuglingsschutz in Frankreich.) Thèse de Paris, 1913, Nr. 273.

Mario Carrara. Un museo per la criminalità infantile. (Ein Museum für die Kinderkriminalität.) Arch. di antropol. crim. psichiatr. e med. leg., 1913, Bd. XXXIV, S. 697.

Cassoute. Oeuvre des nourrissons de Marseille. Marseille 1913.

Chambrelent. La mortalité infantile en France suivant le sexe. (Die Säuglingssterblichkeit in Frankreich in bezug auf das Geschlecht der Kinder.) Gazz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux, 1913, Bd. XXXIV, S. 537.

— Le rôle de l'accoucheur dans la lutte contre la mortalité infantile. (Die Rolle des Geburtshelfers im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit.) Journ. de méd. de Bordeaux, 1913, Nr. 17, S. 259.

G. Cros-Mayrevieille. La dépopulation et l'assistance aux familles nombreuses. (Entvölkerung und Unterstützung kinderreicher Familien.) Rev. philanthrop. 1913, Bd. XXXIII, S. 627.

Louis Cruveilhier. Assistance au nourrisson et alimentation gratuite des mères. Le Nourrisson, 1914, Bd. II, S. 87.

Otto Erhard. Jugendfürsorge für die Kleinsten. Blätter für Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. V, S. 1.

Fife. Infant mortality. (Säuglingssterblichkeit.) Pennsylvania Med. Journ., November 1913.

Alfons Fischer. Fortschritte auf dem Gebiete der Mutterschaftsversicherung. Münchener med. Wochenschr., 1914, Bd. LXI, S. 772.

Hugo Forcher. Ein Kataster der Anstalten und Einrichtungen für Kinderschutz und Jugendfürsorge in Wien, Nieder- und Oberösterreich, Salzburg und Steiermark. Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürsorge 1913, Bd. V, S. 277.

Louis Frank. The effects of criminal abortion. (Folgen des kriminellen Abortes.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 86.

Walther Freund. Bericht über die städtischen Säuglingsfürsorgestellen zu Breslau für die Zeit vom 1. April 1912 bis 31. März 1913. 14 Seiten. Sonderdruck aus Heft 2 des XXXIII. Bandes der „Breslauer Statistik".

Otto Frikker. Die Behandlung jugendlicher Rechtsverbrecher in England. 168 Seiten. Verlag der Buchdruckerei Benedikt Hilz, Nürnberg, 1913.

Furrer. The role played by the obstetrician in the prevention of infant mortality. (Rolle des Geburtshelfers bei der Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit.) Cleveland Med. Journ., Januar 1914.
Wachenheim (New York).

Hi J. Gerstenberger. The organization of infant mortality work in Cleveland, showing the relation between a municipality, a babies' dispensary and a university. (Die Organisation der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Cleveland. Beziehungen zwischen Gemeinde, Säuglingsfürsorge und Universität. Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 129.

Grassl. Die optimale Sterblichkeit der ehelichen Kinder in Bayern. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskranh., 1914, Bd. LXXVII, S. 217.

K. Grimm. Beobachtungen und Erfahrungen in der Säuglingsfürsorgestelle der Großstadt. Blätter f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. V, S. 129.

A. Groth. Beschränkung der Geburtenzahl— Rassenselbstmord oder vernunftgemäße Rassenpolitik. Blätter f. Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. V, S. 11.

Emmett L., Holt. Infant mortality ancient and modern. A historical sketsch. (Säuglingssterblichkeit, alte und neue, eine historische Skizze.) Arch. of pediatr., 1913, Bd. XXX, S. 885; Child., 1914, Bd. IV, S. 581.

Adolf Juba. Der staatliche Beirat für körperliche Erziehung in Ungarn. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1914, Bd. XXVII, S. 10.

Keller. Kleinkinderfürsorge. Blätter f. Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. V, S. 65.

Franz Koebner. Die Fürsorgeschwester in München. Bericht über die Zuweisungen von Säuglingen im Jahre 1912. Bl. f. Säuglingsfürs., 1913, Bd. V, S. 7.

Berthold Kronacher. Die Beratungsstelle für krüppelhafte Kinder in Nürnberg. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge. 1914, Bd. VII, S. 78.

Kschischo. Die Säuglingssterblichkeit in Altona. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1913, Bd. V, S. 455 und 498.

Arno Kindler. Säuglingsfürsorge und Hebammen. Zeitschr. f. Medizinalbeamte, 1913, Bd. XXVI, S. 847.

J. F. Landsberg. Vormundschaftsgericht und Ersatzerziehung. Heft I der Fortschritte des Kinderschutzes und der Jugendfürsorge, Vierteljahrsheft des Archives deutscher Berufsvormünder, herausgegeben von Chr. J. Klumker. 28 Seiten. Verlag von Julius Springer, Berlin 1913.

Larenz. Aufgaben und Durchführung der Waisenpflege. Unser Jugendschutz. Zwei Vorträge für Waisenpfleger und Waisenpflegerinnen nebst einem Wegweiser für den Vormund. Veröffentlichungen des Vereines für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf, herausgegeben von A. Schloßmann und Marie Baum. 29 Seiten. Carl Heymanns Verlag, Berlin 1913, Preis: 80 Pfennige.

Léopold Mabilleau. Organisation administrative des mutualités maternelles françaises. (Verwaltungsorganisation der französischen Mutualités maternelles.) Rev. belg. de puériculture, 1913, Bd. II, S. 190.

R. Marois. Les consultations de nourrissons dans l'Yonne en 1912. Comparaison des résultats obtenus depuis neuf ans 1904—1912 époque de la création, avec les neuf années précédentes 1895—1903. (Fürsorgestellen im Departement Yonne im Jahre 1912. Vergleich der Resultate der neun Jahre 1904—1902 und der neun vorhergehenden Jahre 1895—1903.) Auxerre, 1903 et Rev. philanthrop., 1913, Nr. 198.

Konrad Mass. Die Kinderhorte im Rahmen der sozialen Bestrebungen. Concordia, 1914. Bd. XXI, S. 37.

L. Maurel. Étude de la mortinatalité au point de vue de l'eugénisme ou du dysgénisme. (Zum Studium der Totgeburten vom Standpunkte der Eugenik und des Dysgenismus.) Prov. méd., 1913, Bd. XXVI, S. 434.

Peter Misch. Erfahrungen aus der Säuglingskrippe. Zeitschr. f. Kinderschutz, 1914, Bd. VI, S. 56.

Moncorvo fils. Protection de l'enfance au Brésil. (Kinderschutz in Brasilien.) Arch. de méd. des enfant., 1914, Bd. XVII, S. 275.

Julius Moses. Ärztliches zur Zwangs- (Fürsorge-) Erziehung der verwahrlosten und kriminellen Jugend. Der Schularzt, 1914, Bd. XII, S. 25.

Nageotte-Wilbouchewitch. Le service social à l'hôpital. (Soziale Hilfe im Krankenhaus.) Ann. de méd. et chir. infant., 1914, Bd. XVIII, S. 249.

Nobécourt. L'allaitement maternel et l'assistance des mères. (Stillen und Mutterschutz.) Rev. internat. de méd. et de chir., 1913, Bd. XXIV, S. 279.

Pauli. Säuglingsfürsorge in Lübeck. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1913, Bd, V, S. 399.

Albrecht Peiper. Beobachtungen über das Wintermaximum der Säuglingssterblichkeit. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 381.

Wilhelm Prausnitz. Säuglingsfürsorge und Wohnungsreform. Zeitschr. f. Kinderschutz und Jugendfürsorge, 1913, Bd. V, S. 295.

Pürckhauer. Die Säuglingsfürsorge in kleinen Städten. Blätter für Säuglingsfürsorge 1914, Bd. V, S. 166.

Raimondi. Les pouponnières en France. (Kinderheime in Frankreich.) Rev. de Puériculture, 1913, Bd. XVII, S. 45.

Reinach. Ausbau der offenen Säuglingsfürsorge in München. Blätter für Säuglingsfürsorge, 1914, Bd. V, S. 227.

Mark S. Reuben. Infant mortality. (Kindersterblichkeit.) Med. record., 1913, Bd. LXXXIV, S. 236.

— Observations on milk station infants. (Beobachtungen an Säuglingen der Milchstation.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 176.

H. Roeder. Die ärztlichen Vorkehrungen bei der Veranstaltung mehrtägiger Jugend-Wanderungen. Jugendfürsorge, 1914, Bd. XV, S. S. 193.

P. Rohmer. Wege und Ziele der Säuglingsfürsorge. Reichs.-Med.-Anz., 1914, Bd. XXXIX, S. 225.

Rolland und **Grollet.** Nécessité de réglementer la vente du lait. (Notwendigkeit der Reglementierung des Milchverkehres.) Soc. de Pathol. comparée. Paris 9. Juni 1914.

Margarete Roller. Die Fürsorgestation der Deutschen Landeskommission für Kinderschutz und Judendfürsorge in Mähren. Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge, 1913, Bd. V, S. 313.

Johann Bapt. Roetzer. Die Säuglingssterblichkeit in Altbayern und deren Bekämpfung. München und Leipzig. Duncker u. Humblot, 1913.

A. Saltzgeber. Kleiner Führer für den Vormund insbesondere unehelicher Kinder. Im Auftrage des Charitas-Verbandes Berlin und Vororte E.V 24 Seiten. Verlag von Bernhard Poetschki, Berlin. Preis: 15 Pf.

J. W. Schereschewsky. Heat and infant mortality. (Hitze und Kindersterblichkeit.) Publ. health rep., 1913, Bd. XXVIII, S. 2595; Arch. of ped., 1913, Bd. XXX, S. 916.

Hans Schmelzle. Methodisches zur Berechnung der Säuglingssterblichkeit. Zeitschr. d. k. bayr. statist. Landesamtes, 1913, Bd. XLV, S. 686.

Hans Schmidt. Statistischer Bericht über die Tätigkeit der Säuglingsberatungsstelle und -milchküche München-Westend in den Jahren 1908—1909. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. XXI, S. 48.

Henry L. K. Shaw. The medical supervision of the child between infancy and school age. (Ärztliche Überwachung des Kindes zwischen Säuglings- und Schulalter.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 945; Vermont Med. Monthly, März 1914; Albany Med., Ann. Dezember 1913.

Garret Smith. Organized cooperation in infant welfare work. (Organisierte Zusammenarbeit in der Säuglingsfürsorge.) Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 404.

Staeps. Mutterschutz- und Säuglingsfürsorgeeinrichtungen der Aktien-Gesellschaft für Anilinfabrikation im Greppin-Werke. Zentralbl. f. Gewerbehyg., 1913, Bd. 542.

Thirard. Des résultats obtenus à la consultation de nourrissons d'Evreux en 1912. (Resultate der Fürsorgestelle in Evreux 1912.) Rev. de Puériculture, 1913, S. 63.

Tilmant. La prophylaxie des maladies contagieuses dans les crèches et les gouttes de lait. (Prophylaxe der Infektionskrankheiten in den Krippen und Milchküchen.) Progrès méd. 16. August 1913.

Henry Enos Tuley. Infant mortality — what is our responsibility. (Säuglingssterblichkeit — welche Verantwortung haben wir.) Pediatrics, 1914, Bd. XXVI, S. 81.

J. Veit. Der Geburtenrückgang, seine Ursache und die Mittel zu seiner Bekämpfung. Prakt. Ergebn. d. Geburtsh. u. Gynäkol., 1913, Bd. V, S. 219.

Heinz Emil Wendel. Kindesrecht und Kinderschutz. 110 Seiten. G. J. Göschensche Verlagsbuchhandlung G. m. b. H., Berlin und Leipzig 1913. Preis: 90 Pfennig.

Wykoff. Infant welfare campaign and work done in Cleveland. (Kinderschutzbestrebungen in Cleveland.) Ohio State Med. Journ., Mai 1914. Wachenheim (New York).

Das Kinderheim und die Mutterberatungsstelle in Cleveland (Amerika). Mutter und Kind, 1913, Bd. VI, S. 4.

La cloture des conférences de l'institut de puériculture. La Clinique infant., 1914, Bd. XII, S. 321.

Mortalité du nourrisson à Alger et Tunis durant le mois d'août 1913. (Säuglingssterblichkeit in Algier und Tunis während des Monates August im Jahre 1913.) Bull. méd. de l'Algérie, 1913, Nr. 9; Tunisier méd., 1913, Nr. 9.

Hospitalswesen.

Bradford. Orthopedic surgery at the Boston Childrens Hospital. (Die orthopädische Chirurgie am Bostoner Kinderhospital.) Boston Med. and Surg. Journ., 2. April 1914. Wachenheim (New York).

H. Brüning und **G. Paulsen.** Die medizinische Kinderabteilung des Großherzogl. Universitätskrankenhauses zu Rostock im Jahre 1912/1913. Arch. f. Kinderheilk., 1914, Bd. LXIII, S. 227.

Charles A. Coolidge. The architecture of the childrens hospital. (Die Architektur des Kinderspitals.) Boston Med. and Surg. Journ., 1914, Bd. CLXX, S. 481.

Edwin E. Graham. The advantages and disadvantages of quarantining hospital wards for measles. (Vor- und Nachteile der Quarantäne über Spitalsabteilungen wegen Masern. New York Med. Journ., 1914, Bd. IC, S. 665.

W. Morgan Hartshorn. The St. Johns Guild of New York. Arch. of Pediatrics, 1914, Bd. XXXI, S. 85.

Hoobler. An experiment in the collection of human milk for hospital and dispensary uses. (Sammlung überschüssiger Frauenmilch für Kinderkliniken und Polikliniken.) Arch. of Pediatrics, März 1914. Wachenheim (New York).

Edmond Lesné und **Ch. Richet.** Organisation de l'hospice des enfants-assistés à Stockholm. (Organisation des Findelhauses in Stockholm.) Arch. de méd. des enfants, 1914, Bd. XVII, S. 285.

Lovett. History of the childrens Hospital with special reference to the orthopedic department. (Entwicklungsgeschichte des Kinderhospitals, speziell der orthopädischen Abteilung.) Boston Med. and Surg. Journ. 2. April 1914. Wachenheim (New York).

Ernst Mayerhofer. Die Säuglingsstation der neuen Wiener Kinderklinik. Zeitschr., f. Kinderheilk., 1913, Bd. XIII, S. 383.

Morse. Work of the Childrens Hospital in 1913. (Wirksamkeit des Kinderhospitales im Jahre 1913.) Boston Med. and Surg. Journ., 2. April 1914. Wachenheim (New York).

Hermann Putzig. Zur Frage der Sterblichkeit kranker Säuglinge in den ersten Tagen des Anstaltsaufenthaltes. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 1591.

Rotch. The development ot the Hospital with especial reference to the medical service. (Entwicklung des Kinderhospitals, speziell in bezug auf die innere Abteilung.) Boston Med. and Surg. Journ., 2. April 1914. Wachenheim (New York).

Franz Schönbauer. Die C. M. Frank-Kinderspitals-Stiftung. Filiale des k. k. Wilhelminen-Spitals zur Ergänzung und Ausgestaltung der in diesem Spitale bestehenden Krankenfürsorgeeinrichtungen für Kinder. Wiener klin. Wochenschr., 1914, Bd. XXVII, S. 470.

Smith. The organisation of as out-patient clinic. (Die Organisation einer Ambulantenabteilung.) Arch. of Pediatrics, Mai 1914. Wachenheim (New York).

Projet de réconstruction de l'hospice dépositaire des Enfants-Assistés de la Seine et de création d'un établissement distinct pour les enfants placés en dépôt temporaire. (Projekt eines Neubaues des Hospizes für Fürsorgekinder im Departement „Seine" und der Errichtung eines eigenen Hauses für Kinder, die nur vorübergehend der Fürsorge unterstehen.) Clin. infant., 1914, Bd. XII. S. 255.

Schule.

Baker. School medical inspection in New York City. (Ärztliche Schulaufsicht in der Stadt New York.) Med. Record, 20. Dezember 1913. Wachenheim (New York).

— The physical condition of retarded school children. (Physikalischer Befund bei zurückgebliebenen Schulkindern.) Med. Record. 10. Januar 1914. Wachenheim (New York).

Barbour. The importance of medical inspection of schools. (Ärztliche Schulaufsicht.) Southern Med. Journ., März 1914. Wachenheim (New York).

E. Barth. Die Tätigkeit des Schularztes an den höheren Lehranstalten nach 5jähriger Erfahrung. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1914, Bd. XXVII, S. 264.

William Grosvenor Bisell. The control of diphtheria in public schools. (Die Diphtheriekontrolle in öffentlichen Schulen.) Med. rev. of Rev., 1913, Bd. XIX, S. 729.

Brankamp. The medical inspection of schools. (Ärztliche Schulaufsicht.) Lancet-clinic., 16. Mai 1914.

Gustav Brühl und **Ernst Schorsch.** Die Fürsorge der Stadt Berlin für schwerhörige und taube Schulkinder. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1914, Bd. XXVII, S. 494.

Flanders. The eyes of school children. (Die Augen der Schulkinder.) Vermont Med. Monthly. März 1914.

L. Guinon École et digestion, anorexie, vomissements préscolaires. (Schule und Verdauung, Appetitlosigkeit und Erbrechen vor dem Gang zur Schule.) Hyg. scolaire Sér. 2, 1914, S. 81.

Ludwig Hofbauer. Ziele und Wege bei körperlicher Erziehung unserer Schuljugend. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege 1914, Bd. XXVII, S. 481.

Lisa Jaffé. Die Montessorischule. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1914, Bd. XXVII, S. 15.

Jones. The medical inspection of children in rural schools. (Ärztliche Schulaufsicht auf dem Lande.) Southern Med. Journ. März 1914. Wachenheim (New York).

Kantorowicz. Vorschläge für die Organisierung der Schulzahnpflege in größeren Städten mit besonderer Berücksichtigung Münchens. Deutsche zahnärztl. Wochenschr., 1914, Bd. XVII, S. 129.

Heinrich Kesselsdorfer. Schule und Jugendgerichtspflege. Heilpäd. Schul- und Elternzeit, 1913, Bd. IV, S. 153.

Ernst Klemm. Unsere Schrift und Schreibung und die Gesundheit der Volksschüler. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1914, Bd. XXVII, S. 258.

Knopf. Physical, mental and moral vigor of our schoolchildren. (Physische, geistige und moralische Kraft unserer Schulkinder.) New York Med. Journ. 6. Dezember 1913. Wachenheim (New York).

Knopf. Rest and exercise for the tuberculous and predisposed child at school. (Schonung und Übung für das tuberkulöse respektive prädisponierte Kind in der Schule.) Med. Record, 15. November 1913. Wachenheim (New York).

Lapham. The prevention of tuberculosis by the medical inspection of schools. (Verhütung der Tuberkulose durch ärztliche Schulaufsicht.) New York State Journ. of Med., April 1914. Wachenheim (New York).

G. Leubuscher. Erkrankungen der Lehrerschaft im Herzogtum Sachsen-Meiningen. Der Schularzt, 1914, Bd. XII, S. 105.

Love. The importance of regulated rest and play for school children. (Geregeltes Ruhen und Spielen für Schulkinder). Southern Med. Journ., März 1914. Wachenheim (New York).

Maey. Medical sociology in the public schools. (Sozialmedizin in der Volksschule.) New York Med. Journ., 13. Dezember 1913. Wachenheim (New York).

Paul Martell. Städtische Schulküchen in Italien. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1914, Bd. XXVII, S. 134.

Van Pelt. The architecture of open air schools. (Bau der Freiluftschulen.) Med. Record, 15. November 1913. Wachenheim (New York).

Peters. Einfluß der Rachitis auf Körperbeschaffenheit und Leistungen der Volksschulkinder. Der Schularzt, 1914, Bd. XII, S. 57.

Richard Ponickau. Lehrerschaft und alkoholgegnerischer Unterricht. Zeitschr, f. Schulgesundheitspflege, 1914, Bd. XXVII, S. 28.

Sobel. Prejudices and Superstitions met with in medical school inspection. (Hindernde Vorurteile und Aberglauben bei der Schulaufsicht.) New York Med. Journ., 22. November 1913. Wachenheim (New York).

Stephani. IV. Internationaler Kongreß für Schulhygiene in Buffalo, N. Y., 1913. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1914, Bd. XXVII, S. 1 und S. 120.

H. Strauß. Die Pubertät ein Zeitpunkt besonderer Kräftigung für die Schuljugend. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1914, Bd. XXVII, S. 177.

Tooker. Study of 575 school children. (Untersuchung über 575 Schulkinder.) Missouri State Med. Assoc. Journ., Mai 1914.

Marg. Weinberg. Schulhygienische Bestrebungen in Amerika. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1914, Bd. XXVII, S. 36.

Inhalt.

Scheble und **Franke.** *Sammelreferat über Arbeiten aus der Lehre von der Tuberkulose 461.* — **Physiologie. Hess.** *Physiologie des Magens 490.* — **Diagnostik. Swift.** *Stimmphänomen 490.* — **Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Thomas. Hornemann.** *Infektion und Ernährung 495.* — **Schippers.** *Wiederkäuen 491.* — **Milchwissenschaft und Molkereipraxis. Grimmer.** *Fermente der Milchdrüse und der Milch 492.* — **Stoffwechsel. Masslow.** *Bedeutung des Phosphors 492.* — **Knox** und **Tracy.** *Ausscheidung der Phosphate 492.* — **Schlossmann** und **Murschhauser.** *Stoffwechsel im Hunger 493, 494.* — **Scheltema.** *Alkaptonurie 494.* — **Bookmann.** *Stojfwechsel bei Osteogenesis imperfecta 494.* — **Neugeborene. Creen.** *Intrakranielle Blutung 494.* — **Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen. Schreiber. Jack. Coltz** und **Brodie.** *Diphtherie 495.* — **Higgins.** *495* — **Schultze** und **Goldberger. Kiefer** und **Ferry.** *Scharlach 496.* — **Graham.** *Parotitis 497.* — **Netter.** *Poliomyelitis 497.* — **Huber.** *Pneumokokkenmeningitis 497.* — **Cockayne.** *Keuchhusten 498.* — **Booth.** *Malaria 498.* — **Tuberkulose. Hawes.** *Diagnose der Tuberkulose 498.* — **Findlay.** *Darm als Eintrittspforte 497.* — **Petersen.** *Halsdrüsentuberkulose 499.* — **Lees.** *Lungentuberkulose 499.* — **Respirationsorgane. Armstrong.** *Rezidivierende Pneumonie 499.* — **Chapell** und **Brown.** *Infektion der Atemwege 500.* — **Verdauungstraktus. Holt.** *Pylorusstenose 500.* — **Ledlard.** *Chyliformer Erguß 500.* — **Milz. Herrmann, Roth** und **Bernstein.** *Splenomegalie 501.* — **Neurologie und Psychiatrie. Sharp.** *Landrysche Paralyse 501.* — **Wachstumkrankheiten. Salge.** *Rachitis 501.* — **Auge. Sutherland.** *Ulcus corneae 502.* — **Mißbildungen. Neuhof.** *Sprengels Deformität 502.* — **Vergiftungen. Carstens.** *Phosphorvergiftung 502.* — **Schule Bugge.** *Albuminurie und Bluldruck bei Schulkindern 503.* — **Van der Wal.** *Schwerhörigkeit bei Schulkindern 504.* — **Bericht. Niederländischer Verein für Kinderheilkunde.** *504.* — **Ergänzende Literaturübersicht.** *507.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

Namenverzeichnis.

Die Titel der Originalmitteilungen sind in gesperrter und ihre Seitenverweise in fetter Schrift gedruckt.

Einar Aaser. Poliomyelitisepidemie in Norwegen 427.
P. Aaser. Meningokokkenserum 419.
E. Abderhalden. Notizen 417.
Rudolf Abel. Bakteriologisches Taschenbuch 456 — Gesundheitlich wichtige Verhältnisse und Einrichtungen der deutschen Seebadeorte 368.
S. Abel. Jodbehandlung des Rachens zur Beseitigung von Diphtheriebazillen 523.
Rudolph Abercrombie. Behandlung der Muskelparesen durch exzentrische Bewegungen 139.
Abraham. Xerasebehandlung des weiblichen Fluor 277.
H. Abrand. Fibro-muskulöser Riesenpolyp im Nasopharynx 563.
Abrand und **B. Weil-Hallé.** Protrahierte Inanition als Folge narbiger Verengerungen der Speiseröhre 551.
Abt. Einteilung der Magendarmkrankheiten 511.
Ch. Achard und **Guy Desbouis.** Ausnutzung verschiedener Zucker bei krankhaften Zuständen 518.
Ch. Achard und **Fr. Saint-Girons.** Myxödem nach einer akuten Infektion 555.
H. J. Achard und **K. v. Ruck.** Spezifische Widerstandsfähigkeit gegen Tuberkulose 538.
Acker. Meningitis als Komplikation der Parotitis 214.
George N. Acker. Parotitis kompliziert mit Meningitis 524.
E. Ackermann. Herstellung des Milchserums 1 — Refraktion und Polarisation des Chlorkalziumserums der Milch 1.
Adams. Verhütung von Blindheit durch Ophthalmia neonatorum 562.
William H. F. Addison und **Harold W. How.** Lunge beim Fötus und Neugeborenen 507.
Pierre Adeline. Syphilitischer Ursprung der Littleschen Krankheit 539.
Adkins. Intubation bei Diphtherie 563 — Diagnose des Scharlachs 524.
Adler. Noviform in der augenärztlichen Praxis 171.
Francisco Ageavili. Milch 1.
Louis C. Ager. Kindliche Lungentuberkulose mit gemischter Bakterienvakzine behandelt 534.
Agricola und **Thies.** Ätiologie und Therapie der sekundären Netzhauttuberkulose 171.
H. Agulhon und **G. Bertrand.** Milch 2.
Hans Ahrens. Entwicklung der menschlichen Zähne 562.
A. Aimes und **A. Delord.** Kongenitale Syphilis mit multiplen Läsionen 534.
A. Aimes und **E. Etienne.** Typische Osteomyelitis 157 — Ovarialkarzinom 565.
Aine und **L. Guinon.** Benigne Enzephalitis und akute Ataxie 556.
Francesco Alabrese. Scharlachepidemie 524.
Alaux und **Crespin.** Säuglingspneumonie 543.
Albert. Behandlung der Diphtheriebazillenträger 65.
Alberti. Bakteriologie der akuten Mastoiditis 394.
Alberti und **Gins.** Typhusbazillenbefund im Warzenfortsatz 394.
W. Albrecht. Bedeutung der Schwebelaryngoskopie 564.
Alexander. Fürsorge für taubstumme Kinder 394 — Reflexerregbarkeit des Ohrlabyrinthes an menschlichen Neugeborenen 394.

G. Alexander. Akute otogene Meningoenzephalitis 394.
Geo A. Allan. Tuberkulöse Meningitis 535.
G. B. Allaria. Funktion der Temperatur bei spontaner Ansäuerung der Milch 56.
R. W. Allen. Vakzinetherapie 370.
Altschul. Tuberkulose unter den Lehrern 464.
Samuel Amberg und **Henry F. Helmholz.** Vorkommen der Hippursäure im Säuglingsharn 518.
Konrad Amberger. Glyzeride des Butterfettes 1.
John W. Amesse. Pararheumatische Erkrankungen 524.
M. Amicis. Tuberkelbazillen im kreisenden Blut 475.
Harold L. Amoss. Ätiologie der epidemischen Poliomyelitis 319, 524.
H. L. Amoss und **P. F. Clark.** Intraspinale Infektion mit Poliomyelitis 319, 525.
Harold L. Amoss und **Simon Flexner.** Übergang des Virus der Kinderlähmung in die Zerebrospinalflüssigkeit 320, 428.
L. Harold Amoss, P. F. Clark und **S. Flexner.** Pathologie der Poliomyelitis 318.
Harold J. Amoss, Paul F. Clark und **Francis R. Fraser.** Beziehungen des Virus der epidemischen Poliomyelitis zum Blut 320.
Harold L. Amoss, Simon Flexner und **Paul F. Clark.** Epidemiologie der Poliomyelitis 318, 526.
P. Ancel und **P. Bouin.** Beziehungen des Corpus luteum zur experimentellen Brustdrüsensekretion 546.
C. W. Andersen und **Oluf Bang.** Komplementbindende Antistoffe bei experimenteller und spontaner Tuberkulose 1.
N. Anitschkow. Maligne Neuroblastone des Nervus sympathicus 555.
Johann Antoni. Elephantiasis congenita und ihre Beziehungen zum partiellen Riesenwuchs 560.
Apert. Temperatur des Neugeborenen 405.
H. E. d'Arcis. Mastdarmpolypen 564.
Arluck. Tuberkulose in der Schule 433.
Armstrong. Beziehungen der Stubenfliege zu diarrhöischen Erkrankungen 309.
Denald B. Armstrong. Hausfliege und diarrhoische Erkrankungen 511.
Hubert Armstrong. Klinische Manifestationen der kongenitalen Syphilis 539.
R. R. B. Armstrong. Rezidivierende Lungenentzündung 543 — Pneumonie 500.
R. R. Armstrong, F. J. Poynton und **D. N. Nabarro.** Chronische rekurrierende Durchfälle 514, 550.
Alfred Arnstein. Senile Syringomyelie auf luetischer Basis 535 — Polyzythämie 543.
Arneth. Behandlung der akuten Bronchitis 285.
W. Arnold. Butter mit auffallend niedrigem Oleingehalt 1.
Johann Arnquist. Ablauf der v. Pirquetschen Reaktion 328.
Hans Aron. Beeinflussung des Wachstums durch Ernährung 306 — Biochemie des Wachstums des Menschen und der höheren Tiere 364.
Hans Aron und **Marianne Franz.** Organische Säuren im Säuglingsharn 518.
Aronsohn. Experimentelle Untersuchungen über Tuberkulin und Tuberkulose 240, 535 — Tuberkulin 475.
Louis Ascher. Statistik der Kindertuberkulose 464.
Ascher und **Mehler.** Chemotherapie der Tuberkulose 284.
Aschenheim. Kaseinmilch 288 — Rumination und Pylorospasmus 308 — Eosinophilie 523 — Einfluß der Sonnenstrahlen auf die leukozytäre Blutzusammensetzung 543.
Ashby. Ätiologie und Therapie der vergrößerten Tonsillen und adenoiden Vegetationen 285 — Lymphdrüsenextrakt bei Tonsillenhypertrophie und Adenoiden 97. — Kindertuberkulose 535 — Subakute Struma mit Exophthalmus 545 — Kindersterblichkeit 570.
Assmy und **Kyritz.** Salvarsanbehandlung geschwüriger Prozesse 277.
Astamonoff. Verbreitung des tuberkulösen Prozesses auf die Gehirnhäute 470.

L. d'Astros. Allgemeine Entwicklung und Symptomatologie der Hirngeschwülste 555 — Hirntumoren 555.
L. d'Astros und **M. Teissonnière.** Wassermannsche Reaktion beim Neugeborenen und Säugling 539.
Auban. Zerebrale Hämorrhagie mit Überschwemmung des Ventrikels 555.
Augstein. Beobachtungen nach erfolgreicher Operation eines Blindgeborenen über sein Sehenlernen 171.
E. Ausset. Wirkung des Pantopons in der Kindertherapie 509 — Badekuren 570.
J. Avezou und **P. Menetrier.** Zerebrospinalmeningitis 530.
Aviragnet. Kontrolle der Säuglingsfürsorge 449.
L. Axenoff. Serumkrankheit 189.
Ayers. Gegenwärtiger Stand des Pasteurisierens der Milch 309.

W. Wayne Babcock, Henry D. Jump und **Henry Beates jun.** Vorzeitige Entwicklung der äußeren Genitalien 546.
Aurel A. Babès. Kongenitale Amputation der Finger bei einem hereditärluetischen Kinde 539.
Babonneix. Syphilis hereditaria und Gehirnleiden 505, 539.
L. Babonneix und **L. Tixier.** Hemiplegie bei einem hereditär-syphilitischen Kinde 539.
B. Baecchi. Unterscheidung von Frauen- und Kuhmilch 1.
Baemeister und **Havers.** Physiologie des Cholesterinstoffwechsels 519.
Baemeister und **Küpferle.** Beeinflussung experimenteller Lungentuberkulose durch Röntgenstrahlen 284.
Bachauer. Diphtheriebekämpfung in Volksschulen Augsburgs 425, 524.
Bachmann. Maßregeln gegen Diphtherie in Harburg 274.
Backhaus. Kindermilchbereitung 1
Peter Bade. Beziehungen der Arthritis deformans juvenilis zum eingerenkten kongenital luxierten Hüftgelenk 564.
Albert Badollo und **S. Bonnamour.** Osteomalazie als Syndrom der Knochenentkalkung 560.
Bagg, Kendall und **Day.** Sommerdiarrhöe 198.
Baginsky. Diphtherie und diphtherischer Kroup 163 — Säuglingstuberkulose 238.
Adolf Baginsky. Nephritische Herzanomalien bei Scharlach 422.
Bahlmann. Lehre der Augenkomplikationen bei Parotitis epidemica 171.
K. Bähr. Skrophuloderma 535.
Bahrdt. Ernährungsversuche mit Friedenthalscher Milch 1, 511.
H. Bahrdt und **A. Benfey.** Beurteilung der Drüsenschwellungen 130.
H. Bahrdt und **F. Edelstein.** Organanalysen bei Barlowscher Krankheit 559.
Bahrt. Physiologie des Saugens bei normalen und pathologischen Brustkindern 241.
Bailly. Obliteration der Arterien im Verlaufe von Diphtherie 524.
B. Baisch. Röntgentherapie der chirurgischen Tuberkulose 488.
F. Baintner. Büffel- und Schafmilcherzeugnisse Siebenbürgens 1.
R. Bajor. Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose mit Beranekschem Tuberkulin 484.
Baker. Ärztliche Schulaufsicht in der Stadt New York 574 — Physikalischer Befund bei zurückgebliebenen Schulkindern 574.
S. Josephine Baker. Säuglingsmilchstationen 570.
K. Bakker. Lebensaussichten frühgeborener Kinder 60.
Balard und **Commos.** Zähne bei der Geburt 521.
Ballard. Entvölkerungskrise 570.
J. W. Ballantyne. Mutterschutz 521.
Balzer und **R. Barthélemy.** Syphilitischer Primäreffekt 539.
Balzer, Galloit und **Champtassin.** Heredo-syphilitische Arthritis des Ellenbogens 539.
R. Bamberg. Physiologie der Laktation 47.
Bamberger. Vakzinetherapie des Keuchhustens 275.
Bandelier und **Roepke.** Die Klinik der Tuberkulose 462.
Bandouin und **Marfan.** Pylorusstenose 440.
Oluf Bang und **C. W. Andersen.** Komplementbindende Antistoffe bei experimenteller und spontaner Tuberkulose 1.

Zoltan v. Barabas. Mit Meningitis meningococcica komplizierter geheilter Fall von Scharlach 321.
Joseph H. Barach. Morphologie des Blutes bei epidemischer Parotitis 77, 524.
Hugh Barber. Chronische interstitielle Nephritis 552.
Henry Barbier. Heredo-syphilitische Säuglinge und ihre Ernährung 539.
Barbour. Poliomyelitis 181 — Ärztliche Schulaufsicht 574.
Bardou und **Thiroloix.** Intravenöse Typhusschutzimpfung 276.
Seymour Barling. Henochsche Purpura mit Darminvagination 63, 543.
Barnes. Frühe Erkennung der schwachsinnigen Schulkinder 553.
Barnett. Vulvovaginitis kleiner Kinder 139.
Barringer. Hämorrhagie einer Niere 298.
L. E. Barrington-Ward. Pneumokokkenabszeß der Lunge 94 — Vergrößerung der Brustdrüse 564.
J. Bartel. Status thymicolymphaticus 523.
E. Barth. Tätigkeit des Schularztes an den höheren Lehranstalten 574.
R. Barth. Nachweis von Salpetersäure in Milch 2.
Heinrich Barth. Physiologie des Saugens bei normalen und pathologischen Brustkindern 511.
Chr. Barthel und **Arvid M. Bergman.** Renntiermilch 2.
Baerthlein. Ätiologie des Säuglingsdarmkatarrhs 241.
K. Baerthlein und **W. Huwald.** Ätiologie des Säuglingsdarmkatarrhs 309.
Basch. Lehrbuch der Organotherapie 455.
Friedrich Bass. Friedreichsche Ataxie 555.
Marray H. Bass. Kongenitale Malaria 524.
Murray H. Bass und **H. Wessler.** Blutdruck bei Kindern mit orthostatischer Albuminurie 338, 552.
N. Bassi. Diphtherie und Serumprophylaxie 524.
C. Georges Bassim. Bronchopulmonale Komplikationen nach Adenodektomie und Amygdalektomie 545.
R. Bathélemy und **Balzer.** Syphilitischer Primäraffekt 539.
Ciro Batisti. Lehre vom Infantilismus 545.
W. H. Battle. Mikroglossie 567.
William Henry Battle und **B. C. Maybury.** Epitheliom der Mamilla 156.
Baud. Radiumtherapie der Tuberkulose 488.
J. Bauer. Prophylaxe der Diphtherie nach v. Behring 324, 524.
L. Bauer. ClNa-Stoffwechsel bei an Ernährungskrankheiten leidenden, künstlich ernährten Säuglingen 519.
Bauer, Ellenbeck und **Fromme.** Y-Ruhr bei Säuglingen und kleinen Kindern 72.
Marie Baum. Schicksal der unehelichen Kinder während der zwei ersten Lebensjahre 570.
Baumann. Behandlung der Kinderlähmung 181.
J. Baumel und **J. Margarot.** Achondroplasie 560 — Achondroplasie und partielle hypophysäre Insuffizienz 560.
Albert Howard Baugher. Angeborene Atresie des Dünndarmes 567.
Bayer. Entstehung der Hornhauthypermetropie 171.
Rudolf Bayer. Funktionen der Milz 338.
Bayer und **Wagner von Jauregg.** Lehrbuch der Organotherapie 455.
Henry Beates jun., Henry D. Jump und **W. Wayne Babcock.** Vorzeitige Entwicklung der äußeren Genitalien 546.
J. M. Beattie und **F. C. Lewis.** Elektrizität bei der Sterilisierung 2.
Georges Béchamp. Autointoxikation intestinalen Ursprunges 511.
W. v. Bechterew. Biologische Entwicklung der menschlichen Sprache 511.
Beck. Larosan oder Eiweißmilch 261 — Erfahrungen mit Rosenbachschem Tuberkulin bei der kindlichen Tuberkulose 87, 264, 283, 484, 535 — Kaseinkalziummilch bei Ernährungsstörungen 412, 511.
O. Beck. Otiatrische Indikationen und Kontraindikationen für Sal-

varsanbehandlung bei Syphilis 395.
Beck und **Mohr.** Papillitis als Frühsymptom der Lues congenita 173.
Johannes Becker. Darminvagination 548.
Beer. Seltenere Formen der Tuberkulose des Auges und der Lider 172.
Beer und **Eichloff.** Milchkonservierungsmittel Doux 3.
C. Wilhelm Beerbohm. Schwankungen im Gehalte des Butterfettes an flüchtigen Fettsäuren während der Laktation von vier Kühen 2, 516.
H. O. Beeson. Milch 516.
Paul Beetz. Angeborene Beweglichkeitsdefekte im Bereiche der Augen-, Gesichts- und Schultermuskulatur 555.
Begler. Distichiasis congenita 171.
Behla. Mortalitätsstatistik der Kindertuberkulose 464 — Gesamttuberkulosemortalitätsstatistik in Preußen seit 1876 535.
E. v. Behring. Neues Diphtherieschutzmittel 273 — Disposition und Diathese 523.
Beitzke. Infektionswege der Tuberkulose 464, 472.
Belensky-Raskin. Ätiologie der phlyktänulären Augenentzündungen 171, 475.
C. C. Beling. Dystonia musculorum deformans 553.
Belloir und **Josne.** Antityphöse Autovakzination 276.
Belkowsky. Haematurie im Verlaufe von mit Urotropin behandeltem Typhus 276.
von Benczur. Behandlung mit Thorium X 295.
A. Bender. Schutz der gewerblich tätigen Kinder und der jugendlichen Arbeiter 570.
B. Bendix. Zuckerzusatz bei der unnatürlichen Ernährung 50 — Behandlung der Ekzeme 291 — Mallebrein in der Kinderpraxis 377 — Diphtherie 524.
Beneke. Muskelveränderungen bei Intoxikationen und Infektionen 553.
Bénesi. Diphtherie des Mittelohrs 395.
George Benestad. Gewichtsverhältnisse reifer norwegischer Neugeborener in den ersten 12 Tagen nach der Geburt 521.
Arnold Benfey. Ernährungstherapie 511.
A. Benfey und **H. Bahrdt.** Beurteilung der Drüsenschwellung 130.
Benjamin. Therapie des Scharlachs 274, 275.
Benjamin. Eiweißnährschaden 512.
Benn. Innere Einklemmung infolge Mesenteriallücke bei einem Neugeborenen 564.
Bennecke. Behandlung schwerster Sepsis mit intravenöser Infusion größerer Mengen menschlichen Normalserums nach vorausgegangenem Aderlaß 275.
R. Bensaude und **E. Sorrel.** Kolondilatation 546.
Bensch. Psychische Herzgeräusche 438.
W. Benthin. Intrakranielle Blutungen infolge Tentoriumzerreißung als Todesursache 347.
Guido Berghinz. Klinische und anatomische Beiträge zur Pathologie des Nervensystems 555.
Arvid M. Bergman und **Chr. Barthel.** Renntiermilch 2.
Bergmann. Erfahrungen mit dem Tuberkulin Rosenbach 283.
Julius Bergmann. Verlauf von Masern, welche während einer Scharlacherkrankung auftraten 524.
Wilhelm Bergmann. Selbstbefreiung aus nervösen Leiden 555.
Bergmeister. Genese der Orbitalzysten 171.
Berkeley. Zirbeldrüsenbehandlung defekter Kinder 555.
L. Bernard. Tuberkulose der Niere 82.
Siegfried Bernhard. Osmotischer Druck und Eiweißgehalt des Blutes alimentär intoxizierter Säuglinge 512.
S. Bernheim. Intensive Methode der Jodradiumtherapie 488.
Bernheimer. Angeborene Anomalien der Iris 171 — Tuberkulinbehandlung Augenkranker 171.
Bernstein, Roth und **Herrman.** Splenomegalie 501.
Paul Bernstein. Vorkommen von Bruchanlagen bei Föten und jungen Kindern 564.
Berrehard und **Hirschfeld.** Sexueller Infantilismus 146.
Bertrand. Untersuchungen über die Darmflora bei der Säuglingsdiarrhöe 414.

Heinz Bertlich. Larosan 2, 512.
Bertrand, Michel und Cohendy. Sensibilisiertes Pneumokokkenvirus 286.
G. Bertrand und **H. Agulhon.** Milch 2.
Besche. Tuberkulöse Infektion 475.
Besprechins. Fürsorge für Schwangere 521.
William Grosvenor Basell. Diphtheriekontrolle in öffentlichen Schulen 574.
G. Bessau. Experimentell-klinische Tuberkulinstudien 475.
G. Bessau und **Johanna Schwenke.** Diagnostischer und prognostischer Wert der Wiederholung lokaler Tuberkulinempfindlichkeit 328.
Bessau, Pringsheim und **Schwenke.** Diagnostischer und prognostischer Wert der Wiederholung lokaler Tuberkulinreaktionen 478.
Bethke. Armengesetzgebung 570.
Bettmann. Kombinierte Behandlung des Lupus mit Alttuberkulin und Aurum kalium cyanat. 283.
Fritz de Beule. Operationen nach Förster van Gehuchten bei Littlescher Krankheit 555.
Edmund C. Bevers. Faziohypoglossale Anastomose 148.
Beyer. Intravenöse Anwendung des Diphtherieheilserums 274.
Bézy. Kinderreiche Familien 570.
Eugen Bibergeil. Beziehungen der Spina bifida occulta zum Klauenhohlfuß 567.
A. Bickel und **Tasawa.** Beziehungen des Lichtes zur Blutbildung 333.
Andrew Porter Biddle. Pemphigus neonatorum 524.
Ch. Bidot und **Nobécourt.** Azotämie und Kotasche bei Athrepsie 520.
Mathilde de Biehler. Scharlachvakzine 423 — Anwendung der Skarlatinavakzine 524 — Scharlachschutzimpfung 524 — Epidemie von Poliomyelitis acuta anterior in Polen 428 — Spinale Kinderlähmung 428 — Poliomyelitis anterior acuta 524.
M. Bielschowsky. Spätinfantile familiäre amaurotische Idiotie mit Kleinhirnsymptomen 555.
Gertrude Bien. Primärer chronischer Gelenkrheumatismus und Parotitis 245, 524.
A. Bier. Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit Stauungshyperämie 486.
H. Bierry und **F. Coupin.** Milch 2.
Biester und **Wheeler.** Nährwert gewisser Kindernährmittel 516.
Billings. Benzol in der Behandlung der Leukämie 295.
H. J. Bing und **O. Windelöw.** Blutzuckerbestimmungen 519 — Blutzuckergehalt 57.
Birk. Sammelreferat über die Therapie der Kinderkrankheiten 269 — Leitfaden der Säuglingskrankheiten 452.
W. Birk und **A. Keller.** Kinderpflegelehrbuch 452.
G. Biro. Zusammensetzung ungarischer Schafmilch 2.
Bischoff. Bekämpfung der Dauerausscheidung von Bazillen mittels Yatren 274.
Bize, A. Broca und **R. Francais.** Periostale Dysplasie und multiple intrauterine Frakturen 560.
Waldemar Blacher. Galopprhythmus und Extrasystolen bei diphtherischer Myokarditis 323.
Blackfan, Nicholson und **White.** Wassermannsche Reaktion 90.
Blackfan und **Dandy.** Hydrocephalus internus 228.
D. de Blasi und **G. Sampietro.** Bacterium coli und verwandte Gruppe bei den Säuglingsdiarrhöen 512.
Germain Blechmann. Injektionstechnik der intravenösen Neosalvarsanapplikation in die Jugular- und Schädelvenen zur Behandlung der Lues congenita 539.
Bledsoe. Defekte Kinder 553.
N. Ph. Blegvad. Diagnose der primären Larynxdiphtherie 524.
Bles. Krankheit von Alban-Köhler 157.
Bloch und **Halle.** Anaphylaktischer Chock 299.
Blühdorn. Therapie sogenannter unstillbarer Blutungen 271 — Therapeutische wirksame Dosierung von Kalkserum 293.
Kurt Blühdorn. Klinisches Bild der bazillären Ruhr 524.
A. S. Blundell Bankart. Behandlung der kongenitalen Dislokation 158.
Harald Boas. Wassermannsche Reaktion 372 — Kongenitale Syphilis 20 Jahre nach der Infektion der Mutter 539.

C. Bobillier und **A. Lesage.** Amöbendysenterie 529, 549.
Bocca und **Cassoute.** Hirnechinokokkus 525.
Bock. Behandlung skrofulöser und tuberkulöser Augenerkrankungen mit Immunkörper 171.
Max Bockhorn. Exsudativ-lymphatische Diathese und Prophylaxe in der Tuberkulosebekämpfung 535.
Bodmer. Chemotherapie der Lungentuberkulose 283.
N. L. Bogdanow. Pathologisch-anatomische Veränderungen in den Nebennieren 470.
Van der Bogert. Einfluß der Diät auf die Entwicklung der Adenoide 545 — Enuresis und chronische Verdauungsstörungen 555.
Boggess. Nervenkrankheiten 555.
Bogusat. Kampf gegen Tuberkulose, Säuglingssterblichkeit und Alkoholmißbrauch 535.
J. Boguszewski. Scharlachepidemie in Wilna 423.
M. Böhm. Behandlung der rachitischen Deformitäten 152 — Für die Berliner Gemeindeschulkinder geplante orthopädische Fürsorge 352 — Angeborene Entwicklungsfehler des Rumpfskeletts 447.
Boehnke. Haltbarkeit des Diphtherie- und Tetanusserums 421 — Praktische Ergebnisse der Heilserumkontrolle 324.
Boissonas. Symptomatologie und Therapie der Thymushypertrophie 132.
Johann von Bokay. Straßburgersche Transparenzuntersuchung bei chronischem Hydrocephalus internus 142 — Ungewöhnliche Lokalisation der Diphtherie 243.
D. B. Boks. Angeborenes familiäres Ödem der unteren Extremitäten 541.
Bolin. Poliomyelitis 181.
Boncompain und **Ribadeau-Dumas.** Hypertrophische Pylorusstenose 550.
Paul Boncour. Psychomotorische Erregbarkeit und Verdauungsstörungen 55.
Josef Bondi. Gewicht des Neugeborenen und die Ernährung der Mutter 521.
Bonhoff. Angina Vincenti 377.
A. Bonn. Milch 2.
E. Bonn. Ungewöhnliche Laktation 512.
Bonnamour. Trockenmilch 2, 49, 289.
S. Bonnamour und **Albert Badolle.** Osteomalazie als Syndrom der Knochenentkalkung 560.
Bonnaire und **Ecalle.** Polyzystische Niere und Balkenblase bei einem Neugeborenen 567
A. Bonnet-Laborderie. Gastrointestinalblutungen 521.
L. M. Bonnet und **Jean Lacassagne.** Diaphysenfraktur bei Syphilis congenita 535.
Boenninghaus. Meningitis serosa acuta 395.
A. Bookman. Stoffwechsel bei Osteogenesis imperfecta 314, 494.
Booth. Malaria 498.
Borchard. Asthmabehandlung mit Hypophysenextrakten 286 — Lehrbuch der Organotherapie 455.
E. Borchardt. Mitarbeit der weiblichen Schuljugend im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit in New York 161.
Börger. Arachnodaktylie 355.
Bornemann. Diphtherieschutzmittel von Behrings 209.
Alfred W. Bosworth. Einfluß des Labs auf Kasein 2.
Bosworth und **Bowditch.** Berechnung der Zusammensetzung der Milch aus dem spezifischen Gewicht und der Fettbestimmung nach Babcock 517 — Kasein bei der Ernährung 2 — Kasein in der Säuglingsnahrung 512.
Bosworth und **van Slyke.** Verhütung der Labgerinnung der Milch durch Natrium citricum 516.
L. Bouchacourt. Kampf gegen den Alkoholmißbrauch 570.
Boudreau. Verhütung der Kinderlähmung 524.
P. Bouin und **P. Ancel.** Beziehungen des Corpus luteum zur experimentellen Brustdrüsensekretion 546.
Gaston Boulanger. Appendizitis 548.
Bourdette. Interne Behandlung der chronischen Tuberkulose 88.
Bowditch und **Bosworth.** Berechnung der Zusammensetzung der Milch aus dem spezifischen Gewicht und der Fettbestimmuug

nach Babcock 517 — Kasein bei der Ernährung 2, 512.
Sidney Boyd. Präparat einer tuberkulösen Niere 535.
E. J. Boyd und **H. D. Roleston.** Addisonsche Krankheit mit Verkalkung der Nebennieren 547.
Wilhelm Braams. Anforderungen an die Amme im klassischen Altertum 512.
Bradford. Orthopädische Chirurgie am Bostoner Kinderhospital 573 — Kongenitale Hüftgelenkluxation 566.
H. C. Bradley. Laktase der Brustdrüse 2.
William N. Bradley. Verhütung der Milchvergiftung 2.
Brady. Zubereitung der Eiweißmilch im Hause 201.
Brandeis. Kongenitale Zyste des Rektums 564.
Brandenburg. Laryngitis subchordalis acuta 377.
M. Brandes. Radikal operierte Kniegelenktuberkulose 486.
Brankamp. Ärztliche Schulaufsicht 574.
Bratz. Sommeraufenthalt und Tuberkulose 481.
Fr. Bräutigam und **G. Moewes.** Tuberkelbazillen im Blute 87.
Brav. Verhütung und Behandlung der Ophthalmia neonatorum 562.
Brecher. Adenoide Vegetationen 377.
Breeke. Sonnenbehandlung bei Tuberkulose 488.
M. J. Breitmann. Behandlung der Magendarminfektionen 512.
William A. Brend. Sterblichkeit der Kinder durch Verbrennungen 564.
Brennemann. Milchgerinnung im Magen 2.
Breuning. Paratyphus in München 352 — Bronchotetanie 359 — Paratyphus in München 524.
Werner v. Breuning. Burnamsche und andere Formaldehydproben im Urin 519.
J. F. Brew und **H. A. Harding.** Milchversorgung der Städte 4.
Antonio Brinda. Primäres Sarkom der retroperitonealen Drüsen 564.
Brisson. Wassermannsche Reaktion 540.
Broca. Mastitis beim Neugeborenen 522 — Schädelfrakturen nach der Geburt 564 — Chirurgie infantile 451 — Spina bifida occulta mit Tumorbildung 567.
A. Broca und **Philbert.** Radiographie von diaphysärer Tuberkulose der langen Röhrenknochen 535.
A. Broca, R. Francais und **Bize.** Periostale Dysplasie und multiple intrauterine Frakturen 560.
Brodie und **Goltz.** Milchsäurebazillen bei Diphtherie 495.
Ch. Brodsky. Laktation der Ammen 512.
Brock. Labyrintheiterung 395.
Ten Broeck. Abtötung des Diphtheriebazillus durch den Pilz Achlya muscaris 524.
Brown. Tuberkulinhautreaktionen 86 — Luetinreaktion 90 — Zerebrospinalmeningitis 525 — Luetinreaktion 540.
Brown und **Chappell.** Infektionen der Atemwege in Kinderabteilungen 500.
Brown und **Holt.** Erfolge mit Salvarsan bei hereditärer Syphilis 90 — Salvarsan bei der Syphilis hereditaria 540.
E. G. Bruchholz. Bedeutung des Bullen für die Züchtung 2.
Bruck und **Glück.** Wirkung von intravenösen Infusionen mit Aurum Kalium cyanat. 283.
A. Bruck, A. Pannwitz. Bedeutung der Heilstätten für tuberkulose Kinder 490.
Bruck und **Sommer.** Diagnostische und therapeutische Verwertbarkeit intravenöser Arthigoninfektionen 277.
Brückner. Fortgesetzte Intubation bei der Behandlung der diphtherischen Kehlkopfstenose 66, 274.
Brüggemann. Rachenmandeltuberkulose beim Erwachsenen 377.
G. Brühl und **Politzer.** Lehrbuch und Atlas der Ohrenheilkunde 370.
Gustav Brühl und **Ernst Schorsch.** Fürsorge der Stadt Berlin für schwerhörige und taube Schulkinder 574.
de Bruin. Spontane Knochenfrakturen 344.
Brumund. Ursachen der hohen Sommersterblichkeit 1911 im Regierungsbezirk Magdeburg 512.

Brüning. Geschichte der Karottensuppe als Säuglingsnahrung 197 — Errichtung einer Tagkrippe 570 — Wiederkauen im Säuglingsalter 133.
H. Brüning und **G. Paulsen.** Medizinische Kinderabteilung des Großherzogl. Universitätskrankenhauses zu Rostock 573.
H. Brüning und **E. Schwalbe.** Handbuch der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Kindesalters 118.
Bruschettni. Spezielle Behandlung der Tuberkulose mit Bruschettnis Serumvakzin 283.
Buc und **J. Rolland.** Purpuraform der Pneumokokkensepsis 532.
A. Buch. Bovotuberkulin als Diagnostikum bei chirurgischer Tuberkulose 472.
R. Buchwald. Hereditäre Lues 248.
E. M. Buckingham. Milch 2.
J. Philip Buckley. Kongenitale Mißbildung des Vorderarmes 567.
Bugarsky und **Török.** Cadogel, ein neues Teerpräparat 292.
Jens Bugge. Untersuchungen über Albuminurie und Blutdruck 503.
G. Buglia. Übergang der Verdauungsprodukte von Eiweißsubstanzen von der Mutter auf den Fötus 521.
J. I. Bukowskaja. Mandelbaums Reaktion bei Typhus abdominalis 72.
J. L. Bunch. Erbliche Dupuytrensche Kontraktur 553.
J. Bungart. Tuberkulin in der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose 484.
Virgil Burg. Lehrbücher der natürlichen Heilmethode 124.
Busch. Ertaubung nach Scharlachotitis 395.
Ed. Büsing. Zusatz von Rindergalle zum Löfflerschen Diphtherienährboden 302.
W. Buttermilch. Klinische Bewertung der Bakterientypen bei Nasendiphtherie 239, 325.
Georg Büttner. Heilpädagogisches Seminar 553.
L. R. de Buys. Röntgenstrahlen bei Pylorusstenose 221, 548.
Z. Bychowski. Heine-Medinsche Krankheit 428.
John Byers und **Thomas Houston.** Tetragenus septicaemia 73.
Ernesto Cacace. Fermentmilch 2.
Dario Caffarena und **Luigi Sivori.** Bakterielle Wirksamkeit der antitoxischen Diphtheriesera 533.
Caffarena, Consiglio, Corradi und **D. Pacchioni.** Experimentelle Untersuchungen über Keuchhusten 75.
Georges Cahen. Liga zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit 570.
Cahen-Brach. Bericht über die 21. Versammlung der Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte zu Frankfurt a. M. 256.
Calllau. Interstitielle Gastritis 535.
F. Calot. Für den praktischen Arzt unbedingt notwendige Orthopädie 264.
Calland und **Pellot.** Multiple intestinale Perforation im Verlauf eines Spätrückfalles von Typhus 531.
W. G. Mac Callum. Mechanismus der Zirkulationsschwäche bei Diphtherie 525.
W. G. Mac Callum und **Karl M. Vogel.** Experimentelle Untersuchungen über Tetanie 62.
Hector Charles Cameron. Ernährung mit Nährmitteln 50.
Camp. Pseudohypertrophie 226.
J. Argyll Campbell. Chemie der Brustdrüse 2.
D. Grant Campbell und **W. G. Hepburn.** Kongenitaler Herzfehler 541.
Campbell und **Strathy.** Erfolge der Salvarsanbehandlung bei angeborener Spätsyphilis 91, 541.
S. Cannata. Infantile spastische Hemiplegie tuberkulöser Natur 470 — Nachweis der Leishmanschen Parasiten im peripheren Blute von leishmaniakranken Kindern 525.
Canestrini. Sinnesleben des Neugeborenen 362.
Gaston Cannet. Säuglingsschutz in Frankreich 570.
Cantieri. Cholesterinbehandlung 296 — Cholesterinbehandlung von Anaemia splenica 544.
Caronia. Spezifische Agglutinine und Präzipitine bei der infantilen Leishmaniosis 215 — Heilbarkeit der Leishmania-Anämie 326 — Fieberkurve bei kindlicher Leishmaniosis 525.
Caronia und **G. di Cristina.** Anaphylaxie und Antianaphylaxie bei Kindertuberkulose 215, 525.

Mario Carrara. Museum für Kinderkriminalität 570.
Robert Mac Carrison. Ätiologie des endemischen Kretinismus 546.
Paul Carsten. Refraktionsbestimmungen bei Schulkindern 562.
Carstens. Vergiftung mit Phosphor in gelöster Form 503.
Caesar. Beurteilung des konkomitierenden Schielens 172.
Cassel. Poliomyelitis 237, 525 — Säuglingstuberkulose 470.
Cassoute und **Bocca.** Hirnechinokokkus 525.
Cassoute. Wassermannsche Reaktion 540 — Oeuvre des nourrissons de Marseille 570.
L. Castellani. Kongenitaler Larynxstridor 563.
O. L. Castle. Primäres Leberkarzinom 551.
C. Cattaneo. Untersuchungen über Reaktionen auf humanes und bovines Tuberkulin 86, 472 — Wirkung von Jodsalzinhalation beim Status praetuberculosus 535.
Edmund Cautley. Kongenitale hypertrophische Stenose des Pylorus 548.
Armas Cederberg. Theorie des Scharlachs 421, 525.
André Challer und **Paul Santy.** Riesige Spina bifida 567.
Chambrelent. Sterblichkeit an Durchfall 512 — Rolle des Geburtshelfers im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit 570 — Säuglingssterblichkeit in Frankreich 570.
Champtassin, Galloit und **Balzer.** Heredo-syphilitische Arthritis des Ellenbogens 539.
Chancellor. Tuberkulöses Geschwür auf der Tonsille 377 — Primäreffekte bei Tuberkulose 535.
Chapin. Röntgenstudien über den Verdauungskanal des Säuglings 187.
Henry Dwight Chapin. Ödem 309, 541, 561 — Radiographische Studien des Magendarmkanals 507.
Chapell und **Brown.** Infektionen der Atemwege in Kinderabteilungen 500.
Charnley. Stottern 511.
Allyre Chassevant. Santoninvergiftungen 569.
Jean Chatainon. Akute, benigne, epidemische Meningitis 525.
Charles Chatelin. Diagnose der Anenzephalie mit oder ohne deutliche Hydrozephalie durch Nachweis der Durchsichtigkeit des Schädels 555.
L. Chatelin. Spasmus glottidis pulmonären Ursprungs 563.
Chatelin und **Variot.** Schädelsubstanzverlust unerklärlichen Ursprungs in der linken Scheitelbeingegend mit rechtseitiger Hemiplegie 559 — Erworbene Dextrokardie und Infantilismus tuberkulösen Ursprungs 539.
A. Chauffard. Ätiologie des kongenitalen hämolytischen Ikterus 551.
R. Chauis. Lebensfähigkeit Neugeborener 522.
P. Chaussé. Eintrittspforten des tuberkulösen Virus beim Kalb 535.
Stephan Chauvet. Sterblichkeit an Masern 525.
L. Chelnisse. Rezidivierende Leibschmerzen und Nabelkoliken 548.
Chrétien, Tanon und **Martel.** Agglutination des Micrococcus melitensis 510.
Th. Christen. Inhalieren 169.
Citelli. Physio-pathologische Beziehungen zwischen Hypophysensystem und verschiedenen chronischen Erkrankungen des Nasenrachenraumes und der Keilbeinhöhlen 377 — Pituitrin bei operativen und spontanen Hämorrhagien 377.
Citron. Therapie der Angina Plaut-Vincenti 277 — Tuberkulose 484.
Mac Clanahan. Bestehen der Mundatmung nach Entfernung der Adenoide 220.
Clark. Pflege der Neugeborenen 522 — Thymusvergrößerung, Lymphatismus und Choc 546.
L. Pierce Clark. Psychopathische Kinder 553.
P. F. Clark, L. Harold Amoss und **S. Flexner.** Pathologie der Poliomyelitis 318 — Epidemiologie der Poliomyelitis 318, 526.
H. C. Clark und **Alfred G. Farmer.** Kongenitale Schilddrüsenzyste als Ursache des Todes an Asphyxie 221, 564.
Paul F. Clark und **Harold L. Amoss.** Intraspinale Infektion bei ex-

perimenteller Poliomyelitis 319, 525.
Paul F. Clark, Francis R. Fraser und **Harold J. Amoss.** Beziehungen des Virus der epidemischen Poliomyelitis zum Blut 320.
L. Pierce Clark und **Edward A. Sharp.** Rolle der Heredität in der Auslösung der Epilepsie bei an zerebraler Kinderlähmung leidenden Kindern 227, 548.
Henry Claude und **J. Rouillard.** Experimentelle Rachitis bei jungen von thyreoidektomierten Eltern stammenden Tieren 560.
Clausen. Voviformsalbe in der äußeren Augenheilkunde 172.
Thomas C. Mac Cleave. Garantiemilch 517 — Akute Azidosis 519.
Cleaver und **Reuben.** Oxyzephalie 231.
Clifton. Pulmotor 271.
S. D. Clippingdale. Hämorrhagie bei einem Neugeborenen 544.
Mac Clure. Neurotisches Erbrechen 308.
Cmunt. Wirkung der intravenösen Darreichung der Gelatine auf die Viskosität des Blutes 296.
E. A. Cockayne. Keuchhusten 498, 525 — Kongenitaler Wirbel- und Rippendefekt 567.
Cocks. Resultate der Tonsillenoperationen bei Schulkindern 333.
Codet-Boisse. Kongenitale Halsfistel 567.
Gehes Codex. 456.
Cohendy, Michel und **Bertrand.** Sensibilisiertes Pneumokokkenvirus 286.
T. Cohn. Mechanische Behandlung der Nervenkrankheiten 124.
Cohn. Lokale Behandlung der Keratitis interstitialis mit Instillationen von Neosalvarsan 172.
Arthur Collet. Paralysis generalis 342.
J. I. Collier. Kalorienbedarf bei der Säuglingsernährung 519.
André Collin. Entwicklung des Kindes 511 — Anormale Kinder 553 — Paroxysmale manische Anfälle und zahlreiche Ticks 555.
R. J. Collins und **Paul J. Hanzlik.** Abspaltung von Formaldehyd aus Hexamethylenamin 44.
Collins. Harnsteine im Säuglingsalter 224.
John Adamus Colliver. Dunkle Manifestation des Rheumatismus 525.
J. Comby. Vulvovaginitis 522 — Subkutanes Emphysem 561.
Carlo Comba. Kindertuberkulose 535.
Jules Comby. Akute Enzephalitis 143, 556.
J. Comby und **Condat.** Zerebrospinalmeningitis mit Meningokokkenarthritis 525.
Commes und **Balard.** Zähne bei der Geburt 521.
L. Concetti. Littlesche Krankheit 226 — Kongenitale Atonie Oppenheim 556.
Condat und **J. Comby.** Zerebrospinalmeningitis mit Meningokokkenarthritis 525.
Cones. Anginaepidemie in Boston 377.
Conor und **Nicolle.** Vakzinetherapie des Keuchhustens 276.
Conradi. Prophylaxe der Diphtherie 377.
Erich Conradi. Morphologie des Blutes unter dem Einfluß des Seeklimas 220, 507, 544.
Consiglio, Corradi, Caffarena und **D. Pacchioni.** Experimentelle Untersuchungen über Keuchhusten 75.
Charles A. Coodlidge. Architektur des Kinderspitals 573.
Carey F. Coombs und **G. A. Sutherland.** Akute rheumatische Karditis und Vorhofflimmern 542.
Carlo Coppolino. Eine der Raynaudschen Krankheit ähnliche Dermatose. 561.
Corbin, R. Guyonnet und **R. Moricheau-Bauchant.** Akute Poliomyelitis 530.
E. Cordier. Kongenitale Debilität 61 — Infantiler Skorbut 150, 559.
H. Mac Cormac. Epidermolysis bullosa 561.
A. Cornelius. Nervenpunktlehre 124.
Edred M. Corner. Funktion des Appendix 134 — Alimentäre Toxämie 512 — Klinisches Bild des angeborenen Fibuladefektes 567.
Corradi, D. Pacchioni, Caffarena und **Consiglio.** Experimentelle Untersuchungen über Keuchhusten 75.

Denis Cotterill. Amyotonia congenita 556.
Le Gouellec. Zyklus der Urinfärbung bei Scharlach 527.
F. Coupin und **H. Bierry.** Milch 2.
Coursen Baxter Cobklin. Typhöse Spondylitis 564.
P. Couvert und **P. Santy.** Spina bifida mit erfolgreicher Operation 567.
Cowie. Inkubationsperiode bei der Serumkrankheit 408.
David Murray Cowie. Serumkrankheit 510.
Cowie und **Hubbard.** Methode zur totalen Fettschätzung im Säuglingsstuhl 58.
Cozzolino. Kindertuberkulose 479 — Stillen bei Muttertuberkulose 49, 472 — Tuberkulinkutanreaktion bei Pertussis 527.
H. Cramer. Keuchhustenbehandlung mit Droserin 525.
Cramer. Verbiegung der Wirbelsäule bei Syringomyelie 556.
Disney H. D. Cran. Natürliche Ernährung 48.
Arcangelo Creazzo. Asphyxie der Neugeborenen 522.
Credé-Hörder. Augeneiterung der Neugeborenen 164.
Crespin und **Alaux.** Säuglingspneumonie 543.
Crist. Nase und Ohr bei angeborenem Mangel an Schweißdrüsen 377.
G. di Cristina und **Caronia.** Anaphylaxie und Antianaphylaxie bei Kindertuberkulose 431, 525.
J. Cronquist. Behandlung der Kindertuberkulose mit dem Kochschen Alttuberkulin 484.
F. G. Crookshank. Tuberkulose und Londoner Kinder 535 — Kongenitale Herzerkrankung 541.
G. Cros-Mayrevieille. Entvölkerung und Unterstützung kinderreicher Familien 570.
René Cruchet. Klinische Formen der chronischen Tuberkulose 536.
Louis Cruveilhier. Säuglingsfürsorge 570.
Cuno. Tuberkulin Rosenbach 484.
Fritz Cuno. Anaphylaxie bei wiederholter Diphtherieheilserum-injektion 262, 510.
Curschmann. Tuberkulin Rosenbach 484 — Bronchotetanie der Erwachsenen und ihre Behandlung mit Kalzium 417.
C. Th. Curschmann. Bedeutung der erblichen Belastung für den Verlauf der Lungentuberkulose 467.
St. Czarkik. Neuere Einrichtungen in den Kinderspitälern 451.
H. Czarkowski. Verwendung von Scharlachvakzine 423.
A. Czerny. Paravertebrale Pneumonie 244 — Verlauf der Tuberkulose im Kindesalter 283, 490.

Albert Dahlmann. Fazialislähmungen bei Spontangeburten 342.
H. D. Dakin und **H. W. Dudley.** Einfluß der Enzyme auf razemisches Eiweiß 2 — Razemisierung von Kasein 2.
W. van Dam. Pepsin-Chimosin 2.
Dammann und **Lydia Rabinowitsch.** Häufigkeit des Vorkommens von Rindertuberkelbazillen 475.
Damask. Behandlung des Fiebers bei der Lungentuberkulose 283.
Damon. Bronchopneumonie 543.
Dandy und **Blackfan.** Hydrocephalus internus 228.
Darré und **Nobécourt.** Säuglingsernährung 514.
Ch. David. Phlebitis der unteren Extremität 60.
Davis. Operative Behandlung der Poliomyelitis 525.
Haldin Davis. Psoriasis 561.
H. Davidsohn. Methode zur Unterscheidung von Frauenmilch und Kuhmilch 200 — Molke und Magendarmfermente 306. — Abhängigkeit der Lipase von der Wasserstoffionenkonzentration 2 — Magenverdauung des Säuglings 2, 507 — Reaktion der Frauenmilch 2, 517.
Albert Brandon Davenport. Drüsenfieber 545.
Day und **Kendal.** Sommerdiarrhöe 198.
Day, Bagg und **Kendall.** Sommerdiarrhöe 198.
Debierre. Infantile Hemiplegie und methodische Massage 556.
A. v. Decastello. Chronische Myelose 545.
Decroly. Intelligenzprüfung bei geistig abnormen Kindern 553.
Degrais und **Wickham.** Verwendung des Radiums bei Hautepitheliomen, Angiomen und Keloiden 44.
H. Deist. Bazillenträger bei Diphtherie 525.

Albert Delcourt. Behandlung der Pneumonien und Bronchopneumonien durch Sauerstoffinhalation 93, 286, 543 — Übertragbarkeit der Rachitis bei Tieren 560 — Inkubation bei Varizellen 525.
Déléarde und **Valette.** Chorea 147.
Delhaye und **Lawaese-Delhaye.** Pleuritis 94.
L. Delherm und **A. Laquerrière.** Elektrizität in der Behandlung der Kinderlähmung 525.
A. Delille. Morbidität an Tuberkulose und Milieu 467.
Francesco Delitala. Angeborene Coxa vara 566.
Delneuville. Arhythmie des Herzens 93.
A. Delord und **A. Aimes.** Kongenitale Syphilis mit multiplen Läsionen 534.
V. Delsaux. Behandlung der Ohr-, Nasen- und Kehlkopferkrankungen im Verlaufe der Infektionskrankheiten und akuten Exantheme 525.
Denker. Rasche Eröffnung des Kehlkopfes bei dringender Erstickungsgefahr 377 — Technik und Verwendbarkeit der Krikothyreotomie 377.
H. T. Depree, Artur F. Hertz und **W. Johnson.** Polio-Enzephalo-Myelitis 557.
Guy Desbouis und **Ch. Achard.** Ausnutzung verschiedener Zukker bei krankhaften Zuständen 518.
E. Desmarest. Chirurgische Behandlung der Mammaabszesse 564.
Deutsch. Sedobrol als Würzsalz bei salzarmer Ernährung der Nephritiker 297.
Ernö Deutsch. Sozialhygienische Versorgung der abnormen Kinder 554.
Max Deutsch. Epidemiologie der akuten epidemischen Kinderlähmung 428.
Deutschmann. Ophthalmoplegia interna 172.
Deval und **Patein.** Schwankungen in der Zusammensetzung der Frauenmilch 518.
A. Devarda und **A. Weich.** Morressche Alizarolprobe zur Prüfung der Haltbarkeit der Milch 3.
Diefenbach. Hat der Vater eines unehelichen Kindes für die Kosten einer Krankheit des Kindes aufzukommen? 368.
H. Dijonneau und **J. Gourdon.** Skoliose und mangelhafte Funktion der Schilddrüse 566.
A. Dingwall-Fordyce und **J. H. Gibbs.** Rolle der Ernährung für die Entwicklung von Zahnkaries und Verdauungsstörungen 345.
A. Dingwall-Fordyce und **E. W. Scott-Carmichael.** Tuberkulose des Nasenrachenraumes und der Zervikaldrüsen 536.
Lavina L. Dock. Geschichte der Krankenpflege 370.
Dold, Neufeld und **Lindemann.** Stand der Typenfrage der Tuberkelbazillen 475.
Albert Dollinger. Pneumokokkenmeningitis 525.
Hedwig Donath. Phlebographie im Kindesalter 188.
Donnally. Diagnostik der geistigen Schwäche 554.
Dorlencourt und **Schreiber.** Einfluß der Hitze auf junge Hunde 42.
Doering. Vorkommen von Meningokokken im Ohreiter 395.
Otto Dornblüth. Klinisches Wörterbuch 266.
Dossin. Diagnose und Prognose der Urämie durch Laboratoriumsmethoden 96.
G. A. Dotti. Erythema nodosum und Tuberkulose 82.
Doughtie. Asphyxia neonatorum 271.
Douriez und **Marquis.** Darminvagination 548.
E. R. Dovey. Milch 3.
Downes. Pylorusstenose 548.
R. Drachter. Diagnose der Peritonitis 441.
Jennié G. Drennan. Entziehung von Kalziumsalzen von der Mutter durch den Säugling 519.
Drowatzky und **Rosenberg.** Erfahrungen mit Tuberkulin Rosenbach 283.
Hamilton Drummond und **Rutherford Morison.** Kongenitale Struktur des Ösophagus 133.
Georges L. Dreyfus und **Johannes Schürer.** Pathogenese und Therapie der postdiphtheritischen Polyneuritis 526.
Maurice Dubois. Dolichostenomelie 567.
Dubois, Neal und **Zingher.** Experimentelle Untersuchungen über Poliomyelitis 526.

Edgard Dubourg. Meningitis 526.
F. Duchacek. Milch 3.
H. W. Dudley und **H. D. Dakin.** Einfluß der Enzyme auf razemisches Eiweiß 2. — Razemisierung von Kasein 2.
A. Dufort und **E. Weill.** Reaktion des Säuglingsstuhles im normalen Zustand und bei Dyspepsien alimentären Ursprungs 521.
Henri Dufour und **Paul Muller.** Pathogenese der orthostatischen Albuminurie 552.
P. Dufour, A. Pic und **P. Durand.** Symptomenarme, spät einsetzende kongenitale Zyanose 542.
Henri Dufour und **J. Thiers.** Übertragung der Tuberkulose von der Mutter auf den Fötus 536.
Dufrane. Nierentuberkulose 536.
Dujol. Meningitis cerebrospinalis durch Pneumokokken 75.
Dujol und **Mouriquand.** Diuretische Wirkung der Infusion von Waldmeister 45.
Düker. Leberzellen bei Stoffwechselazidose 58 — Neue Heilmittel bei Zystitis und Pyelitis 298 — Wert der neueren Heilmittel bei Zystitis und Pyelitis 339.
R. C. Dun. Hernienoperationen 564.
K. M. Duncan. Infektionskrankheit in einer Industrieschule 77.
Fr. Duncker. Lungenhernie bei Spondylitis tuberculosa 536.
Hunter Dunn und **Thomas Morgan Rotch.** Erworbene Herzkrankheiten 542.
R. Dupérié und **R. M. Marliangeas.** Leukozytenbefunde bei Serumexanthemen im Verlauf der Diphtherie 526.
Dupré und **Logre.** Friedreichsche Krankheit 556.
Raoul Dupuy. Diagnose und Behandlung des Zurückbleibens beim Kinde 554.
P. Durand, P. Dufour und **A. Pic.** Symptomenarme, spät einsetzende kongenitale Zyanose 542.
Duranton. Kur in Vichy und Kinderkrankheiten 509.
Durif. Adenoide Vegetationen 545.
Dutoit. Vioform bei einigen Erkrankungen und Verletzungen der Horn- und Lederhaut 172.
A. Dutoilt. Bakterienflora der Milch in ihren Beziehungen zur Gastroenteritis infantum 517.
G. M. van Duyse und **Lesseliers.** Prophylaxe der Masern 529.
M. A. Dychno. Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 67.
S. Dzierzgowski. Dauer der aktiven Diphtherieimmunisierung im tierischen Organismus 408.

Erich Ebstein. Glissons „De Rachitide" 507.
Ecalle und **Bonnaire.** Polyzystische Niere und Balkenblase bei einem Neugeborenen 567.
Eckert. Pharmakologische Prüfung des vegetativen Nervensystems 149.
Adolf Eckert. Experimentelle Untersuchungen über geformte Harnsäureausscheidung in den Nieren 519.
H. Eckert. Ursachen und Wesen angeborener Diathesen 363.
F. Edelstein und **H. Bahrdt.** Organanalysen bei Barlowscher Krankheit 559.
Edelstein, Langstein und **Rott.** Nährwert des Kolostrums 196.
F. H. Edgeworth. Zerebrale Symptome bei der lobären Kinderpneumonie 543.
Geo H. Edington. Spina bifida 567.
Effler. Tuberkulosebekämpfung 330.
C. Eggert. Angeborene Sklerodermie 247.
Albert Ehrenfried. Plattfuß 566.
W. Ehrhardt. Behandlung der Diphtherie mit großen Serumdosen 66.
Ehrlich. Abhandlungen über Salvarsan 278.
Ehrmann. Lehrbuch der Organotherapie 455.
Eichholz. Vermeidung der Anaphylaxiegefahr 299.
Eichler. Rachitische Merkmale in der Mundhöhle 560.
R. Eichloff. Kühlapparat Patent Thomson 3.
Eichloff und **Beer.** Milchkonservierungsmittel: Doux 3.
v. Eicken. Submuköse Septumresektion 378.
Elgart. Eukalyptusfrage bei Scharlach und Masern 275.
Elschnig. Anatomie des albinotischen Menschenauges 172.
G. D. Elsdon und **John A. L. Sutcliffe.** Milch 3.
Ellenbeck, Fromme und **Bauer.** Y-Ruhr bei Säuglingen und kleinen Kindern 72.

Ellern. Immunisatorische Behandlung des Heufiebers nach Wright 378.
W. M. Elliott. Vorkommen der Wassermannschen Reaktion im Serum von Kindern ärmerer Bevölkerungsklassen 540.
Emerson. Berechnete Ernährung älterer Kinder 305.
Emmerich und **Loew.** Einfluß der Kalksalze auf Konstitution und Gesundheit 378.
C. Emrys-Roberts. Eintrittspforte der Tuberkulose 79.
Engel. Form, Lage und Lageveränderung des Bronchialbaumes 41 — Herstellung einer Säuglingsnahrung nach dem Prinzip der Eiweißmilch 288 — Skrofulose 436 — Dosierung von Arzneimitteln 509 — Mastkuren 306, 512 — Wirkung der mechanischen Erschütterung auf die Frauenmilch 3, 517 — Bronchialdrüsentuberkulose 536.
Irmgard Engel und **S. Samelson.** Energiequotient des natürlich und künstlich genährten Säuglings 3, 310.
Irmgard Engel. Seltener Fall von Hysterie 341.
St. Engel. Anatomische und röntgenologische Grundlagen für die Diagnostik der Bronchialdrüsentuberkulose 85.
Engelmann. Sauerstoffdruckatmung zur Bekämpfung des Scheintodes der Neugeborenen 271.
Guido Engelmann. An Poliomyelitiskranken beobachtetes Phänomen 526.
Ephraim. Theorie des Bronchialasthmas 378 — Wirkung des Adrenalins bei Asthma bronchiale und chronischer Bronchitis 378 — Anwendung des chlorsauren Aluminiums in der Ohren- und Nasenheilkunde 395.
Epstein. Variola bei Neugeborenen 71.
Alois Epstein. Sommerdurchfall 512.
J. Epstein. Behandlung der akuten Tonsilitis 545.
Otto Erhard. Jugendfürsorge für die Kleinsten 570.
Erlenmeyer. Epilepsiebehandlung 292.
E. Erlenmeyer und **E. Falkowski.** Blutbild bei Pocken und Impfpocken 322.
D'Espine. Tuberkelbazillen in der Zerebrospinalflüssigkeit 84 — Heine-Medinsche Krankheit 526 — Bantische Krankheit 219, 544.
Etienne und **Aimes.** Typische Osteomyelitis 157 — Ovarialkarzinom 565.
Etienne, Martin und **Georges Mouriquand.** Plötzlicher Tod im Kindesalter 569.
Josef Eufinger. Veränderungen der Frauen- und Kuhmilch durch Schütteln 3.
A. Eulenburg. Kinder- und Jugendselbstmorde 554.
Arthur B. Eustace und **R. William Mac Nealy.** Strangulation einer Tubeovarialhernie 565.
Giuseppe Evoli. Physiopathologie der Thymusdrüse 546.
Walter Ewald. Soziale Medizin 265.
Ewers, Rietschel und **Heisenhain.** Fieber nach Kochsalzinfusionen 416.
L. Exchaquet. Hirschsprungsche Krankheit 223.

H. A. T. Fairbank. Geburtslähmungen 141.
Arthur Willard Fairbanks. Ätiologische Studie an epileptischen Kindern 556.
Fairise und **Haushalter.** Morbus caeruleus 544.
Fairise und **A. Remy.** Angeborener Kropf 547.
Falk. Verwendung von Äthylchloridnarkose in der Hals-, Nasen- und Ohrenpraxis 378.
A. v. Falkowski. Eigenartige mesenchymale Hamartome in Leber und Milz 229.
E. Falkowski und **E. Erlenmeyer.** Blutbild bei Pocken und Impfpocken 322.
F. Fano. Genitaltuberkulose 470.
Alfred G. Farmer und **H. C. Clark.** Kongenitale Schilddrüsenzyste als Ursache des Todes an Asphyxie 221, 564.
Farrington. Klinische Arzneimittellehre 168.
Fred. J. Fassett und **John B. Manning.** Stillsche Krankheit und Arthritis deformans 553.
Faulhaber. Röntgendiagnostik der Darmkrankheiten 335, 456.

Favre-Gilly und **M. Péhu.** Typhus 531.
Fearis. Behandlung der Tuberkulose mittels Immunkörper 462.
E. Feer. Infektionsverhältnisse des Keuchhustens 526 — Säuglingsernährung mit einer einfachen Eiweißrahmmilch 3, 228.
N. Fedele. Stillen und Frauen mit Albuminurie 48.
S. Felsenthal. Säuglingssterblichkeit in der Statistik des Großherzogtums Baden 160.
Felten und **Stolzenberg.** Traumatische solitäre Knochenzysten 348.
Fennell. Diphtheriequarantäne 526.
W. Stephen Fenwick. Invaginatio ileocolica 548.
Stewart W. Ferguson. Chronische Verdauungsstörung 512.
Ferroni. Metrorrhagie infolge Uterustuberkulose 470.
Ferry und **Kiefer.** Vakzine bei Scharlachfieber 496.
Ferry. Bakteriologie des Nasenrachenraumes bei Scharlach 526.
Fetzer. Experimentelle Untersuchungen über den Stoffgehalt in der Gravidität 519.
E. Feuillié, A. B. Marfan und **Fr. Saint-Girons.** Zytologie der Frauenmilch 517.
Feutelais. Kongenitale Skoliose 566.
Fife. Säuglingssterblichkeit 570.
Eduardo Filippi. Magenverdauung der Milch 3.
Findlay. Darmschleimhaut als Eingangspforte für den Tuberkelbazillus 499 — Eingangspforte der Tuberkelbazillen 79, 475 — Darm als Austrittspforte der Tuberkulose 498.
Fink und **Niestroj.** Gegenseitige Unterstützung der Berufsvormundschaften 368.
Finkelstein. Diätetische Behandlung des Säuglings- und Kinderekzems 199 — Halbseitiger Riesenwuchs des Schädels 238 — Atrophie und Cholera infantum 512 — Epidermolysis bullosa 238.
Finsterwalder. Wirkung löslicher Kalksalze 284.
M. Fischbein. Funktionsprüfung der Niere mittels Phenolsulfonphthalein bei Skarlatina 526.
Fischer. Behandlung des Scharlachs 275.
B. Fischer. Gangränöse Kopfschwarte 256.
Fischer und **Klempner.** Lipoide Arsenverbindungen 298.
Fischer. Zerebrale Erkrankung nach Arthigoninjektion 299.
B. Fischer. Ausgedehnte Diphtherie des Rachens und der Luftröhre 256 — Ausgedehnte weiße Pneumonie 256 — Gummiknoten in der Lunge einer Frühgeburt 256 — Nierenverlagerung 256 — Ösophagusatresie bei einem Neugeborenen 256 — Pathologisch-anatomische Demonstrationen 256 — Phthise bei einem Säugling 256 — Spindelzellensarkom der Orbita 256 —
Alfons Fischer. Sozialhygienischer Gesetzentwurf aus dem Jahre 1800. 164 — Mutterschaftsversicherung 571.
Bernhard Fischer. Typhusverbreitung durch Milch 517.
Louis Fischer. Kindlicher und jugendlicher Diabetes 559.
Martin H. Fischer. Behandlung der Nephritis 137.
Fischl. Scharlach 274 — Behandlung des Scharlachs 275.
R. Fischl. Erinnerungen aus den Lehr- und Wanderjahren 41 — Konservative Behandlung der Hernien 565.
Maurice Fishberg. Kind im tuberkulösen Milieu 432, 536.
Flanders. Augen der Schulkinder 575.
Charles Flandin. Lokalbehandlung der Stomatitis und Angina Vincenti mit Salvarsan 548.
Wilhelm Fleischmann und **Georg Wiegner.** Spezifisches Gewicht der Kuhmilch 3, 517.
Fletscher. Adrenalin bei Keuchhusten 276.
Simon Flexner. Epidemiologie und Pathologie der Poliomyelitis 526.
Simon Flexner und **Harold L. Amoss.** Übergang des Erregers der Poliomyelitis aus dem Blut in die Spinalflüssigkeit 320, 428.
Simon Flexner, Paul F. Clark und **Harold L. Amoss.** Epidemiologie der Poliomyelitis 318, 526 — Pathologie der Poliomyelitis 318.
Fliess und **Glaser.** Säuglingspyelitis und Otitis media 395.
Floer. Tuberkulose 284.
Floyd. Das tuberkulöse Kind 526, 536.
Emil Flusser. Gerinnbarkeit des Blutes in den ersten Lebens-

wochen 507 — Klinik der grippenartigen Erkrankungen 526.
Kalman von Fodor. Kapronsäure des Milchfettes 3 — Milchfett altmelker Kühe 3.
Fontaine. Laryngostomie zur Behandlung diffuser Papillome 565.
F. Fonzo. Verhalten der Aminosäuren bei den kindlichen Herzkrankheiten 519 — Todesfall im Gefolge der Lumbalpunktion 526 — Sekundäre Erscheinungen der Pirquetschen Reaktion 536.
Nathan Chandler Foot. Amyotonia congenita 556.
H. P. de Forest. Thymustod 546.
Frederick William Formann. Prolinfraktion bei der Hydrolyse des Kaseins 3.
Formene. Verhalten der 3 Resistenzen der roten Blutkörperchen bei an adenoiden Vegetationen leidenden Patienten 378.
Hugo Forscher. Kinderschutz und Jugendfürsorge in Wien 571.
David Forsyth. Natürliche Ernährung 48.
Giuseppe Fossati. Schweißdrüsen bei Föten 507.
Mary Louise Forster. Bacillus anthracoides 3 — Bacillus lactis erythrogenes 3.
Fragale. Malaria beim Neugeborenen und Säugling 526 — Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit auf Kochschen Bazillus bei an tuberkulöser Meningitis leidenden Kindern 84 — Meningitis cerebrospinalis 551.
R. Français, A. Broca und **Bize.** Periostale Dysplasie und multiple intrauterine Frakturen 560.
U. Franchetti. Vierte Krankheit 526.
Francis R. Fraser, Harold J. Amoss und **Paul F. Clark.** Beziehungen der epidemischen Poliomyelitis zum Blut 320.
Françon und **Hallé.** Generalisiertes Sarkom 565.
Paul Frangenheim. Krankheiten des Knochensystems 452.
Frank. Anwendung der Molketherapie 289 — Diphtheriebekämpfung in Schulen und geschlossenen Anstalten 323.
E. S. Frank. Chronischer arteriomesenterialer Verschluß des Duodenums 548.
Armando Frank. Ausnutzung von Vollmilch und kaseinfettangereicherter Milch 3.
Fritz Frank. Akute Nephritis bei Ernährungsstörungen 552.
Leonhard Frank und **Ernst Schloß.** Trikalziumphosphat als Knochenbildner 520.
Louis Frank. Folgen des kriminellen Abortes 571.
Ludwig Frank. Diagnostik der Hirschsprungschen Krankheit 335.
Kurt Frank und **Albert Niemann.** Einfluß veränderter Nahrung auf Kohlensäureproduktion des Säuglings 310, 319.
August Frankau. Kuhmilch und ihre Produkte 3.
Franke und **Levi.** Stellung der Berufsvormundschaft gegenüber Gerichten und Polizei 368.
G. Franke und **H. Schelble.** Sammelreferat über Tuberkulose 461.
D. Fränkel. Körpertemperatur des Kindes und Verhalten bei Bewegung und Ruhe 479.
Franz. Jugendliche hochgradige Myopie 172.
Marianne Franz und **Hans Aron.** Organische Säuren im Säuglingsharn 518.
V. Frapate. Tuberkelbazillen im Liquor cerebrospinalis 475.
Fraser. Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit bei Poliomyelitis 181.
John Fraser. Tuberkulose der Knochen und Gelenke 81.
Frauenthal. Behandlung der Lähmungen bei Poliomyelitis 181.
Henry W. Frauenthal. Behandlung der Lähmungen bei Poliomyelitis anterior 526.
R. G. Freeman. Pneumonie im Kindesalter 94.
E. Freifeld. Vorkommen von Diphtheriebazillen im Harn 303.
E. Freise. Alkoholextrakt aus Vegetabilien als Träger Barlowheilender Stoffe 228, 559.
Freudenberg. Barlow-Schutzstoff 445.
F. S. Freund. Yatren puriss. zur Unterstützung der Diphtheriebehandlung 210.
W. Freund. Biorisatorverfahren nach Lobeck 3.
Paula Freund. Beziehungen alternierender Bewegungen zur Länge der Reflexbahnen 302.

Walther Freund. Städtische Säuglingsfürsorgestellen zu Breslau 571.
H. Friedemann. Künstliche Steigerung der Frauenmilchsekretion 3.
Hans Friedenthal. Friedenthalsche Kindermilch und Gemüsepulver 512.
Friedjung. Kritische Beiträge zur Lehre von der Masernerkrankung 424 — Ernährungsstörungen der Brustkinder und Konstitution 61 — Strittige Fragen aus der Lehre von den Masern 246.
Josef K. Friedjung. Sogenannte rezidivierende Nabelkoliken 335 — Masern 527 — Rezidivierende Nabelkoliken 548.
Otto Frikker. Behandlung jugendlicher Rechtsverbrecher in England 571.
Frink. Kindliche Sexualvorstellungen bei den Psychoneurosen 556.
Fröhlich. Entwicklung der chirurgischen Tuberkulose 536.
Fromm. Myxidiotie 355.
Karl Fromberg. Ductus arteriosus 541.
Albert Fromme. Darminvagination und spastischer Ileus 548.
Fromme. Bauer und **Ellenbeck.** Y-Ruhr bei Säuglingen und kleinen Kindern 72.
Emil Fronz. Balneotherapie 509.
Froschels. Wesen des Stotterns 251.
Frost. Nervosität und Stillen 49.
Gino Frontali. Amentia nach Masern 527.
A. Frouin und **V. Mercier.** Einfluß der Erdsalze auf Lab 3.
Fuchs. Normal pigmentierte und albinotische Iris 172.
Ad. Fuchs. R. Neubauer. Behandlung tuberkulöser Kinder mit niedrigen Tuberkulindosen 484.
E. Fuld. Identität von Lab und Pepsin 3.
Fulton. Säuglingsernährung 512.
Casimir Funk. Hefebereitung 3 — Vitaminefraktion in Milch 3 — Vitaminlehre 512 — Wachstum auf vitaminhaltiger und vitaminfreier Nahrung 519 — Vitamine 365.
Furrer. Rolle des Geburtshelfers bei der Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit 571.
Gabrielow. Involution der Adenoiden mit dem Alter 378.
H. C. Gade. Tuberkulinreaktionen 431.
Gaston Gaillard. Hypophysäre Syndrome 546.
Ernesto Gaing. Gastrointestinale und Ernährungsstörungen 512.
Felix Gaisböck. Pulsus paradoxus und lordotische Albuminurie 522
A. J. Galebsky. Extraktion von Fremdkörpern aus den Atmungswegen mit Hilfe der Bronchoskopie 231.
P. Galli. Präskarlatinöse und prämorbillöse Urtikaria 154.
Galloit. Balzer und **Champtassin.** Heredo-syphilitische Arthritis des Ellenbogens 539.
Gallus. Sammelreferat über die deutsche ophthalmologische Literatur 171.
E. Gallusser. Taubstummenuntersuchungen in der Anstalt St. Gallen 46.
Gangele und **Schüssler.** Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkulosemittel 330.
Gannon. Vollmilchverdünnungen bei der Ernährung normaler Säuglinge 512.
Ch. Gardère und **E. Weill.** Infektiöse Erytheme im Verlauf von Masern 534.
Cyrus B. Gardner. Appendizitis 548.
Garin. Ernährung und pathogene Rolle des Oxyuris vermicularis 135.
Garland und **Greene.** Blutung der Tonsillektomie 545.
Garnmann. Therapie des Juckens 292.
Garré. Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose 486 — Behandlung der Gelenktuberkulose und der tuberkulösen Spondylitis 536.
Gastpar. Augenuntersuchungen bei Schulkindern 172.
Giacinto Gatti. Intoleranz gegen Milch infolge der verschiedenen Verdauungsstörungen 512.
Lodovico Gatti. Familiäre Enuresis nocturna 556.
E. Gaucher. Funktionelle nervöse Störungen bei hereditärer Syphilis im IV. Stadium 540.
Louis Gaucher. Verdaulichkeit der Milch 517.
René Gaudueheau. Meningitis, hervorgerufen durch Doppelinfek-

tion von Meningokokken und Kochschen Bazillen 527.
René Gautier. Stuhluntersuchung 513.
W. Gavin. Einfluß der Hypophyse und des Corpus luteum auf Milch und des Corpus luteum auf Milchkühe 4.
Frederick P. Gay und **T. Brailsford Robertson.** Anaphylaktische Eigenschaften des Globinkaseinats 4 — Anaphylaktische Wirkung der Kaseinverbindungen 4.
Gebhardt. Kenntnis der akuten Knochen- und Gelenksentzündungen 348.
P. Geelvink. Hyperphalangie 567.
Gelma. Schilddrüsenbehandlung und Epilepsie 292.
Gerber. Salvarsan und Neosalvarsan 378.
C. Gerber. Einfluß der Kasease auf rohe und gekochte Milch 4.
C. Gerber und **Guiol.** Proteolytisches Ferment 4.
Gerhardt. Meningitis serosa bei Nasenerkrankungen 378.
Gerharz. Grundlagen der Tuberkulinbehandlung 283.
Wilhelm Gerö. Verdünnung der Milch mit Wasser 4.
H. J. Gerstenberger. Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Cleveland 571.
Gettkant. Diphtheriebekämpfung in Schulen 527.
J. Gewin. Masern 527.
W. Gfroerer. Einfluß der Schädelimpression auf den Neugeborenen 522.
Ghon und **Roman.** Pathologisch-anatomische Studien über Tuberkulose 462 — Anatomie der lymphogenen Abflußbahnen der Lungen 536.
V. C. Gianelli. Familiärer und rezidivierender Herpes zoster 561.
John Mc. Gibbon. Icterus neonatorum 551.
J. H. Gibbs und **A. Dingwall-Fordyce.** Rolle der Ernährung für die Entwicklung von Zahnkaries und Verdauungsstörungen 345.
Gibson und **Skoog.** Poliomyelitis acuta 533.
Giffhorn. Einfluß von Fettzulagen auf den Stoffwechsel verdauungsgesunder Säuglinge bei molkenarmer Ernährung 234.
Heinrich Giffhorn. Stoffwechsel der Mineralien 4.
A. Gignoux. Lähmung des Musculus abducens nach Otitis 563.
Gilbert. Juvenile Gefäßerkrankungen des Auges 172.
L. W. Gilerowitsch. Chemische Reaktion Jefimoffs beim Diagnostizieren von Tuberkulose 87.
Gillet. Vakzinetherapie der chronischen Bronchitis 285.
Hastings Gilford. Infantilismus 546.
Gins und **Alberti.** Thyphusbazillenbefund im Warzenfortsatz 394.
Ginsburg. Kasuistik der Ptosis congenita mit kollateraler Vererbung 172.
S. B. Ginzburg. Analysieren von Fäzes in bezug auf Würmereier 135.
Edouard Girardot. Chirurgische Behandlung der akuten Appendizitis 548.
Girstenberg. Enuresis diurna et nocturna und Incontinentia alvi 225 — Paralexie in Verbindung mit anderen psychopathischen Stigmaten 225 — Psychopathische Minderwertigkeit 225 — Heilpädagogische Praxis 225, 554.
Alfredo Gismondi. Aschnersches Phänomen 509 — Zuckerarten in der Säuglingsernährung 513 — Adrenalingehalt im Blute 508, 544.
P. Glagolew, V. Soudacowa und **B. Slowtzoff.** Labwirkung 8.
H. M. Mc Clanahan. Akute Nephritis bei einem Säugling mit angeborenem Herzleiden 552.
Glaser und **Fliesss.** Säuglingspyelitis und Otitis media 395.
E. Glass. Cellon-Stützkorsetts 350.
Glässner. Sonnen- und Luftbehandlung der chirurgischen Tuberkulose 234.
Gleeson. Netzhautgliom 562.
Roger Glénard. Physische Erziehung nach Hébert 554.
Gilbert. Gliome und Pseudogliome des kindlichen Auges 354.
Gluck. Entwicklung und moderne Aufgaben der Chirurgie der Peritonitis 157.
Glück und **Bruck.** Wirkung von intravenösen Infusionen mit Aurum Kalium cyanat. 283.
Goebel. Meningitis cerebrospinalis purulenta 359.

H. Godlewski und **H. Triboulet.** Orale Anwendung von Meerwasser bei akuten Gastroenteritiden 515.
G. Gohde. Psychopathen und Heilerziehungsheime 554.
Julien Goldberg und **Richard Hertz.** Einfluß des doppelkohlensauren Natrons auf die Ausscheidung des Chlors und des intravenös gespritzten Milchzuckers 519.
J. Goldberg und **K. Oczesalski.** Tollwut mit Ergriffensein der Hirnhäute 420.
Goldberger und **Schultze.** Vakzinebehandlung 496.
Goldreich. Sogenannte angeborene Sklerodermie 254.
A. Goldreich. Bromoderma tuberosum 248.
Artur Goldreich. Partieller Riesenwuchs 246, 560 — Zellgewebsverhärtung 561 — Atresia ani vestibularis 567.
H. Goldschmidt. Protylin in der Kinderpraxis 509.
Goldstein. Angeborene Ptosis 172.
Mark T. Goldstine. Hämorrhagien bei Neugeborenen 544.
Movcha Goelkver. Meningitis 527.
A. N. Golodetz. Vorkommen der Heine-Medinschen Krankheit in der Schweiz 527.
Jakob Golomb. Ätiologie, Pathogenese und Therapie des Hydrophthalmus congenitus 562.
Goltman. Behandlung der Bronchopneumonie 543.
Goltz und **Brodie.** Milchsäurebazillen bei Diphtherie 495.
Wilhelm Gölz. Symptome bei Bronchialdrüsentuberkulose 536.
Gommaerts. Respiratorische Gymnastik 161.
S. P. Gooshart. Atypische Kinder 554.
Göppert. Bedeutung der Kalksalze in der Therapie 378 — Bedeutung des Schnupfens im Säuglingsalter 378 — Rhinitis posterior 378, 285 — Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes 378, 563.
F. Göppert. Darm bei foudroyant verlaufender Genickstarre 213 — Sammelreferat über Rhinolaryngologie und Otologie 377.
Alfred Gordon. Pachymeningitis interna 556.
J. Leslie Gordon. Häufigkeit von Erbsyphilis bei angeborener geistiger Minderwertigkeit 540.
S. Gordin und **Hess.** Plethysmographische Untersuchungen an gesunden und kranken Kindern 508.
Görke. Tonsillotomiefrage 378 — Entstehung meningealer Tuberkulose vom Ohr aus 395.
Gorter. Eiweißmilch 118 — Pathogenese des Ikterus neonatorum 506.
A. Goslar. Verhalten der lymphozytären Zellen in den Gaumenmandeln vor und nach der Geburt 130.
Costantino Gorini. Unterscheidung der Milchsäurebakterien 4.
Goett. Ausschließliche Milchernährung bis ins 13. Lebensjahr 110 — Psychotherapie in der Pädiatrie 359, 554 — Pulsation des Herzens mit Hilfe der Röntgenstrahlen 91 — Nährschaden durch psychogene Perseveranz auf Milchkost bis zum 13. Lebensjahr 513.
A. Gottstein. Auftreten der Diphtherie in Schulen 324.
Götz. Beiderseitige Choanalatresie beim Neugeborenen 378 — Wert der Symptome bei Bronchialdrüsentuberkulose 434.
Götzl. Erfahrungen mit Tuberkulomuzin Weleminsky 283.
Götzky. Physiologischer Blutzuckergehalt 519 — Klinische Bedeutung der Kubitaldrüsenschwellungen 220.
Götzky und **Isaac.** Familiäre hämolytische Anämie und Bedeutung des konstitutionellen Moments in ihrer Pathogenese 219.
F. Götzky und **F. Weihe.** Kasuistik des angeborenen totalen Rippendefektes 567.
Coudela. Primäraffekt an der Tonsille 377.
P. Gougerot. Behandlung der Varizellen 527.
J. Gourdon und **H. Dijonneau.** Skoliose und mangelhafte Funktion der Schilddrüse 566.
W. C. de Graaff und **A. Schaap.** Milch 4.
Graanboom. Bericht des niederländischen Vereines für Kinderheilkunde 117, 505.
Alexander Graham. Parotitis 497 — Epidemie von epidemischer Parotitis bei Schulkindern 527.

Edwin E. Graham. Vor- und Nachteile der Quarantäne über Spitalsabteilungen wegen Masern 573.
Grandjean. Hypostrophie durch Bluternährung mit Magenerweiterung 513. — Permanente Mikrosphygmie und Mikrozephalie mit geistiger Debilität 556.
Grassl. Optimale Sterblichkeit der ehelichen Kinder in Bayern 571.
Gray. Spezielle diagnostische Punkte 509.
Green. Intrakranielle Blutung bei Neugeborenen 494, 522.
Greene und **Garland.** Blutung der Tonsillektomie 545 — Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre und den tieferen Luftwegen 548.
W. Greifenhagen. Apparat zur Herstellung des Spontanserums der Milch 4.
B. Grewing. Nachweis von Kaliumbichromat in Milch 4.
Griffith. Neurotische, psychasthenische und hysterische Kinder 556.
K. Grimm. Säuglingsfürsorgestelle der Großstadt 571.
W. Grimmer. Sammelreferat über Milchwissenschaft und Molkereipraxis 1 — Melkmaschine 4 — Wert der biologischen Milchuntersuchungsmethoden 4 — Fermente der Milchdrüse und der Milch 4, 492.
Grober. Allgemeine Behandlung der Infektionskrankheiten 274 — Diätetische Behandlung innerer Krankheiten 454.
Grollet und **Rolland.** Notwendigkeit der Reglementierung des Milchverkehrs 572.
M. Gromski. Urobilinurie bei Scharlach 423.
A. Grosse. Imperforation des Anus 567.
Paul Grosser. Organische und anorganische Phosphate im Stoffwechsel 57 — Einfluß des Kochens auf das physikalisch-chemische Verhalten von Frauenmilch, Kuhmilch und Buttermilch 415.
Grossmann. Mittelohreiterung und amyloide Degeneration 395.
Maximilian P. E. Groszmann. Klassifizierung abnormer Kinder 554.
L. R. Grote und **W. Schultz.** Abderhaldensches Dialysierverfahren bei Scharlach 533.
Groth. Kontraindikationen der Vakzination 115 — Beschränkung der Geburtenzahl 571.
W. Grunberg. Heredität und Tuberkulose 467.
Grundmann. Erfahrungen über Gallennährboden bei bakteriologischer Diphtheriediagnose 303
Julius Grunewald. Spezifische Labilität der Streckmuskeln 340.
Grünfelder. Bromkalzium in der Behandlung des Laryngospasmus und der Tetanie 293 — Beeinflussung der Magensaftsekretion durch Infektion 406, 513 — Kalziumbromat zur Behandlung des Tetanie- und des Laryngospasmus 523.
May Grumann. Frühdiagnose der Masern 425.
Grumme. Steigerung des Fettgehaltes der Milch 4.
Gstettner. Noviform in der Augenheilkunde 172.
Germano Guidi. Alimentäre Therapie mit Larosanmilch 513.
L. Guinon. Schule und Verdauung 575.
L. Guinon und **Aine.** Benigne Enzephalitis und akute Ataxie 556.
L. Guinon und **Izard.** Behandlung des generalisierten Erisypels 527.
L. Guinon und **Malarte.** Antityphöse Bakteriotherapie 527.
Guiol und **C. Gerber.** Proteolytisches Ferment 4.
Guisez. Hineinfallen der Adenoiden und Tonsillen in die Luftwege 378 — Spasmus des Magenmundes mit starker Erweiterung des Ösophagus 548 — Fremdkörper im Ösophagus und in den Luftwegen 543, 565.
N. Guleke. Chirurgie der Nebenschilddrüsen 373, 546.
Holmgren Gunnar. Otitis media perforativa bei Skarlatina 395.
R. Guyonnet, R. Moricheau-Bauchant und **Corbin.** Akute Poliomyelitis 530.
Guzmann. Egibulbäre Tuberkulose 172.

H. v. Haberer. Thymusreduktion 334.
A. Häberle. Angeborene Pulmonalatresie und Aortenstenose 542.

Häcker. Tuberkulose 470.
Hädicke. Farblose Schmierkuren in der modernen Therapie der Syphilis 278.
Hagemann. Behandlung chirurgischer Tuberkulosen mit künstlichem Licht 284.
Hagner. Schwankungen im Eiweißgehalte und in der Leitfähigkeit beim Säuglingsblute 184.
Hahn. Magenverdauung bei Säuglingen 508.
B. Hahn. Experimentelle Beiträge zur Pathogenese postdiphtherischer Lähmungen 425.
R. Hahn. Assoziationsversuche bei jugendlichen Epileptikern 556.
R. Hahn und **W. Knöpfelmacher.** Heimkehrfälle bei Scharlach 250, 529.
B. Hahn und **F. Sommer.** Behringsches Schutzmittel bei Diphtherie 211.
Hall. Postdiphtherische Paralyse 527.
Cuthbert Hall. Variola bei einem 4monatigen Fötus 527.
Halle. Totalexstirpation 378.
Hallé. Branchiome der Haut 506 — Zerebrospinale Meningitis 527.
Halle und **Bloch.** Anaphylaktischer Chock 299.
Hallé und **Françon.** Generalisiertes Sarkom 565.
Hallé und **Salin.** Maligner Tumor des Mediastinums 156.
J. O. Halverson. Milch 4.
Hamalde und **Nigay.** Regime bei akuter Enteritis 289.
Hamburger. Durch Milch verbreitete Epidemie von septischer Halsentzündung 378 — Kindliche Tuberkulose und Skrofulose 536.
R. Hamburger. Vakzinebehandlung der kindlichen Gonorrhöe 243, 326.
Franz Hamburger. Schlafstörungen 556.
John Hammond. Wirkung des Hypophysenextraktes auf die Milchsekretion 4, 546.
Levi Jay Hammond. Kongenitale Pylorusstenose 549.
Hanauer. Konstitution und Krankheiten im schulpflichtigen Alter 523.
Hand. Lyssa 326.
D. D. S. Hanson. Hydrotherapie bei Scharlach 527.
Paul J. Hanzlik und **R. J. Collins.** Abspaltung von Formaldehyd aus Hexamethylenamin 44.
Francis Harbitz. Familiäre amaurotische Idiotie 172 — Angeborene Tuberkulose 470 — Tuberkulose im Kindesalter 429 — Mikrozephalie 567.
H. A. Harding und **J. F. Brew.** Milchversorgung der Städte 4.
H. A. Harding, G. L. Ruehle, J. K. Wilson und **G. A. Smith.** Bakteriengehalt der Milch 4.
Hardouin und **Potel.** Hodengeschwülste 565.
Hardt. Zerebrale Kinderlähmung 556.
Harriehausen. Autovakzination der Säuglingsfurunkulose 292.
Harriehausen und **Wirth.** Toxinbefunde im Blut diphtheriekranker Kinder 209.
Harrison. Tetanus neonatorum 528.
N. Bishop Harman. Ophthalmia neonatorum 154.
Stephen Harnsberger. Tuberkulosebehandlung 536.
W. W. Harper. Bazilläre Dysenterie 527.
C. Hart und **W. Lessing.** Skorbut der kleinen Kinder 121.
O. Hartoch, W. Schürmann und **O. Stiner.** Einwirkung des ultravioletten Lichtes auf das Diphtherietoxin 510.
Hartoghe. Thyreoideale Insuffizienz 132.
W. Morgan Hartshorn. The St. Johns Guild of New York 574 — St. Johns Guild of New York City 351.
Heinrich Harttung. Verwendung von freitransplantierten Faszien- und Peritonealstreifen in der Behandlung des Mastdarmvorfalls 349.
Ch. C. Haskell. Wert der verschiedenen Zuckerarten in der Säuglingsnahrung 513.
Ch. J. Hastings. Milch und Säuglingssterblichkeit 4.
Julius Hatiegan. Klinische Verwertbarkeit der alimentären Galaktosurie bei Leberkrankheiten 551.
W. B. Haubridge. Säuglingsernährung mit Vollmilch 513.
Ilse Hauser-Exner. Entwicklung eines Zwillingspaares im ersten Lebensjahr 511.

Haushalter und **Fairise.** Morbus caeruleus 544.
Havers und **Baemeister.** Physiologie und Pathologie des Cholesterinstoffwechsels 519.
Haverschmidt. Eiweißmilch 118 — Alimentäre und nicht alimentäre Ursachen der Verdauungsstörungen 505.
Hawes. Diagnose der Tuberkulose 498.
Hayashi. Durchlässigkeit des Säuglingsdarmes für artfremdes Eiweiß und Doppelzucker 196, 519.
Haynes. Cisterna sinus-Drainage bei Hydrozephalus 142.
Haass. Behandlung der Gonoblennorrhoea neonatorum mit Noviform 562.
Adolf T. Hecht. Morgagni-Adams-Stokessche Syndrom 218, 542.
Hecker. Klimatotherapie im Kindesalter 509.
Hedrén. Pathologische Anatomie und Infektionsweise der Tuberkulose 472.
Heermann. Septumresektion 378.
Hees. Kleinhirnexstirpation bei angeborener Hydrencephalocele occipitalis 231.
Heese. Klinische Bedeutung der Stühle im Kindesalter 513.
Hegler. Mumpsartige Erkrankungen der Zungenspeicheldrüse 76 — Generalisierte Vakzine 569.
van der Heide. Geschwulst der Glandula pinealis s. Epiphysis cerebri 506.
Heidenhain, Ewers und **Rietschel.** Fieber nach Kochsalzinfusionen 416.
A. Heigel. Entwicklungsstörungen des Darmtraktes 549.
Carl Heijl. Akardiale Mißgeburten 567.
P. Heim. Salzfieber und Wärmestauung 311.
Heiman. Hydroureter bilateralis 224.
Heine. Naphthalinvergiftung 299.
August Heißler und **Hermann Schall.** Nahrungsmitteltabelle zur Aufstellung und Berechnung von Diätvorschriften 373.
O. Hellens. Tuberkulöse Infektionen im Kindesalter und erbliche Belastung bei Lungentuberkulose 467, 536.
Heller. Albuminurie neugeborener Kinder 204.
Th. Heller. Pädagogische Therapie für praktische Ärtzte 453 — Affektiv bedingte Psychoneurosen 556.
Henry F. Helmholz und **Samuel Amberg.** Vorkommen der Hippursäure im Säuglingsharn 518.
Wulf-Leib Helliesid. Universeller Hydrops bei Neugeborenen 522.
John Henderson. Idiopathischer zerebraler Abszeß 142.
Hendrix. Suprakondyläre Frakturen des Ellbogens 158.
Hengefeld. Vakzinetherapie bei Kolipyelitis 298.
B. Heninson. Serumdosierung bei Diphtherie 528.
Henius und **Rosenberg.** Marmorekserum in der Behandlung der Lungentuberkulose 283.
Henke. Physiologische Bedeutung der Tonsillen 378.
H. Henneberg. Masern 528.
Henrici. Anästhesierung bei Rachenmandelexstirpation 378.
Henschen. Diagnose und therapeutische Fontanellenaspiration des subduralen Geburtshämatoms 271.
W. G. Hepburn und **D. Grant Campbell.** Kongenitaler Herzfehler 541.
Herbst. Mongolismus 233 — Tuberkulose des weichen Gaumens 233 — Venenerweiterungen 233 — Juvenile Dementia paralytica 238.
O. Herbst. Kalzium und Phosphor beim Wachstum am Ende der Kindheit 202.
Henry Herding. Operativer Eingriff bei Nabelhernie 565.
v. Herff. Vorbeugung der Blennorrhoea neonatorum in Stadt und Land 345.
F. Hering. Biorisation und Enzymmilch 5.
Herms und **Sawyer.** Übertragung der Poliomyelitis mittels der Stallfliege 181.
Hernot. Physische Kindererziehung 511.
v. Herrensdurand. Epidemische idiopathische Hemeralopie 172.
Herrman. Alters- und Jahreszeitinzidenz der Kinderkrankheiten 182.
Herrman, Roth und **Bernstein.** Splenomegalie 501.
Richard Hertz und **Julien Goldberg.** Einfluß des doppelkohlen-

sauren Natrons auf die Ausscheidung des Chlors und des intravenös gespritzten Milchzuckers 519.
Arthur F. Hertz und **D. W. Johnson.** Myatonia congenita 556.
Arthur F. Hertz, W. Johnson und **H. T. Depree.** Polio-Enzephalo-Myelitis 557.
Hertzler. Behandlung des Leistenbruches 230.
G. Herxheimer. Gewebsmißbildungen 125.
H. Herzog. Gordius als Parasit des Menschen 135.
Th. Herzog. Pathologie des Turmschädels 568.
Fr. Hescheles. Diabetes mellitus 445.
Heß. Magensekretion bei der Geburt 183 — Untersuchungen über Pylorospasmus und Pankreasfermente vermittels eines einfachen Duodenalkatheters 289 — Pylorospasmus und verwandte Krämpfe 413 — Physiologische Anatomie des Säuglingsmagens beim Gebrauch des Ballonduodenalkatheters 490.
J. H. Hess. Leukozytenzählung bei Pneumonie und Zerebrospinalmeningitis 544.
R. Heß. Behandlung der Pylorusstenose 549.
Alfred F. Heß. Magensaftsekretion neugeborener Kinder nach der Geburt 508 — Tuberkuloseprophylaxe 536 — Pylorusstenose 549.
R. Heß und **S. Gordin.** Plethysmographische Untersuchungen an gesunden und kranken Kindern 508.
Hesse. Rahmuntersuchung nach dem Sichlerschen Alkoholsinazidverfahren 5.
Paul Heuberger. Yoghurt und seine biochemischen und therapeutischen Leistungen 125.
O. Heubner. Behringsches Diphtherieserum 528.
G. Heuyer und **H. Méry.** Hereditäre Syphilis beider Tibien entzündlichen Charakters 540 — Akute Nebenniereninsuffizienz im Verlaufe einer Nebennierentuberkulose 546.
von der Heyde. Verwundungen intrauterinen Ursprungs 118.
E. Heymann. Retropharyngeales tuberkulöses Lymphon 434.
Heyter. Hämophilie 296.
O. Hewelke. Tuberkulose und Volksschule 433.
P. S. Hichens. Kinderekzem mit tödlichem Ausgang 561.
T. Shadick Higgins. Diphtheriebazillus und Scarlatina 496.
Hildebrand. Behandlung der Erkrankung an Oxyuris vermicularis 290.
Heinrich Hilgenreiner. Angeborene Afterenge 351.
Hillard und **Stowell.** Anginainfektion 380.
Hillenberg. Kindheitsinfektion und Schwindsuchtsproblem 467.
S. Hilsmann. Harnblasengeschwülste 565.
B. Hinks. Milch 5.
H. Hintzelmann. Spezifische Nephritis bei Erbsyphilis 540.
v. Hippel. Gehäuftes Vorkommen von Hemeralopie und Xerose im Frühjahr 1912 172.
Hirsch. Influenzabazillen bei Erkrankungen des Ohres 395.
Ada Hirsch. Physiologische Ikterusbereitschaft des Neugeborenen 551.
Georg Hirsch. Stillungsnot 513.
Hirschberg. Behandlung des Asthma durch Exibards abessinisches Räucherpulver 286 — Mechanotherapie bei Nierenerkrankungen 298.
H. Hirschberg. Verhalten der weißen Blutkörperchen bei kindlicher Tuberkulose 470.
Hirschfeld und **Berrehard.** Sexueller Infantilismus 146.
Hirschfeld und **Klemperer.** Behandlung der Blutkrankheiten mit Thorium X 295.
Alexander Hitlin. Rachen bei Scharlach 528.
Hitteher. Behandlung der zur Versorgung der Großstädte bestimmten Milch 5.
Johann Hjort. Erstickung durch die Milch der Mutter 412.
Hoag. Psychologische Untersuchung defekter Kinder 554.
H. Hochhalt. Therapie der Lungentuberkulose 484.
Hochhaus. Behandlung der chronischen Bronchitis und Bronchiektasie mit Durstkur 439.
K. Hochsinger. Bedeutungslose Geräusche in der Präkordialgegend 43 — Skrofulose 470, 479 — Neuropathische Familien mit

Fazialisphänomen 251 — Säuglingsmyxödem 546.
Ludwig Hofbauer. Klinische Bedeutung der Thoraxsenkung 507 — Ziele und Wege bei körperlicher Erziehung unserer Schuljugend 575.
Gustav Hofer. Ätiologie der genuinen Ozäna 346.
Hoffa. Pellidol und Azodolen in der Säuglingspraxis 291.
Hoffmann. Kalziumsalze bei Bronchialasthma und Heufieber 378.
E. Hoffmann. Fortschritte in der Erkennung und Behandlung der Syphilis 371.
Géza v. Hoffmann. Rassenhygiene in den Vereinigten Staaten von Nordamerika 369.
Hofmann. Pinselung des Bauchfelles mit Jodtinktur bei tuberkulöser Peritonitis 485.
Hofmeister. Leitfaden für den praktisch-chemischen Unterricht der Mediziner 456.
Hogan und **Nicholas.** Wirkung des Milchsäurebazillus auf Diphtherie 323.
Hoguet. Spina bifida 568.
Hohl. Kombinierte Tuberkulintherapie 283.
Marie Hollesen. Therapie und Prognose der Tuberkulose 283.
T. B. Holloway. Ophthalmia neonatorum 522, 562.
E. M. Holmes. Epipharynx 563.
Holodynski. Nebenpocken des Sehorgans 172.
Holsclaw und **Yerington.** Spätsyphilis 541.
Holt. Wassermannsche Reaktion bei angeborener Lues 90 — Innere und chirurgische Behandlung der Pylorusstenose 500.
L. Emmet Holt. Leberbehandlung des Empyems 332 — Duodenalgeschwür 221, 549 — Säuglingssterblichkeit 571.
L. Emmet Holt und **Alan Brown.** Salvarsan bei der Syphilis hereditaria 90, 540.
Holzknecht und **Spalitzer.** Papaverin zur röntgenologischen Differentialdiagnose zwischen Pylorospasmus und Pylorusstenose 289.
Homén. Progressive Linsenkernentartung 337.
J. Honigmund. Veränderungen der Milch maul- und klauenseuchekranker Kühe 56.
Hoobler. Zubereitung der Eiweißmilch 415.
R. Raymond Hoobler. Eiweißmilch 513 — Frauenmilch in Hospital und Poliklinik zu sammeln 517, 574.
v. Hoov. Conjunctivitis diphtheritica 172.
Ottokar Horak und **Erich Stoerk.** Klinik des Lymphatismus und anderer Konstitutionsanomalien 122.
O. Hornemann. Experimentelle Beiträge zur Frage der Beziehungen von Infektion und Ernährung 490 — Diphtherieschutzmittel v. Behring 528.
A. Horner. Blutdruck des Menschen 124.
J. Hornowski. Anatomische Untersuchungen über Beziehungen der Thymus zur Parathyreoidea und Nebenniere 440.
A. Hougardy. Angebliche Schädigungen durch Diphtherieheilserum 528.
Thomas Houston und **John Byers.** Tetragenus-septicaemia 73.
van der Hoeve. Augenanomalien bei kongenitaler familiärer Taubheit und Labyrintherkrankung 172.
Harold W. How und **William H. F. Addison.** Lunge beim Fötus und Neugeborenen 507.
Howell. Magen- und Schlingmuskelneurose 443 — Suggestivbehandlung 557.
H. M. Höyberg. Berechnungsformel für fettfreie Trockensubstanz der Milch 5 — Reduktaseprobe im Dienste der Milchkontrolle 5.
Hubbard und **Cowie.** Methode zur totalen Fettschätzung im Säuglingsstuhl 58.
Huber. Akute lymphatische Leukämie 219 — Pneumokokkenmeningitis 497.
Hudson-Makuen. Sprachdefekte 511.
Hüffel. Pathologie und Therapie der Eklampsie 317.
V. Hug-Hellmuth. Seelenleben des Kindes 122.
Huguenin. Leberzirrhose 551.
J. F. J. Huguet. Syphilis hereditaria 540.
K. Huldschinsky. Therapie der Rumination 307.

William E. Hume. Polygraphische Untersuchung von vier Diphtheriefällen 528.
Hunt. Zubereitung gewöhnlicher Säuglingsnährmittel 198.
Hunth. Verwendung von antityphösem Vakzine während einer Epidemie 276.
James Lincoln Huntington. Mutterschutz 521.
J. Husler. Symmetrischer progressiver Fettschwund 559.
J. F. Hußmann. Molkereibakteriologisches Praktikum 5.
Huet. Eiweißmilch 118 — Hygiama als Laktagogon 506.
Robert Hutchison und **John Parkinson.** Paroxysmale Tachykardie 542.
Hutinel. Erkrankung der Nebennieren bei Scharlach 220 — Nephritis bei Scharlach 528 — Tuberkulöses Fieber 536 — Tuberkulöse Perikarditis 536 — Insuffizienz des linken Ventrikels bei schweren Nieren- und Herzaffektionen 542 — Prognose der Tracheobronchialdrüsenerkrankung 545 — Behandlung der akuten Anfälle im Verlaufe von Kolitis 549 — Intermittierende Albuminurie 552.
V. Hutinel. Meningeale Erscheinungen bei der Azotämie 519.
W. Huwald und **K. Baerthlein.** Ätiologie des Säuglingsdarmkatarrhs 309.
Hymanson. Stoffwechseluntersuchungen bei amaurotischer familiärer Idiotie 204.

W. B. Jack. Kutane Diphtherie 495 — Hautdiphtherie 528 — Vakzinebehandlung bei gonorrhoischer Vulvovaginitis 528.
Lilias Charlotte Jackson und **Artur Cecil Hamel Rothera.** Milchzuckergehalt, Leitfähigkeit und Gefrierpunktserniedrigung der Milch 517.
A. Jacobi. Kinderheilkunde in den Vereinigten Staaten 41.
Karl Jacobs. Granularatrophie der Nieren 442.
Grégoire Jacobson. Scharlachrezidive 528.
R. Jaffé. Arterionekrose 439.
Lisa Jaffé. Montessorischule 575.
L. de Jager. Echinokokkus der Lunge und Leber 327.
W. L. Jakimoff, N. I. Schochor und **N. K. Koll-Jekimowa.** Technik der Analyse behufs Feststellung von Leishmaniosis 78.
Béla Jakobovics. Einfluß des Scharlachs auf die Wassermannsche Reaktion 321.
M. I. Jakowleff. Pockenimpfung bei Keuchhusten 75.
Januschke. Interne Kalziumbehandlung des Schnupfens 285. — Entzündungshemmung durch Kalksalze 378 — Kardialer Hydrops verbunden mit Aszites aus zirrhotischer Grundlage 250.
Janson. Einfluß des Diphtherieheilserums auf infektiöse Augenerkrankungen 172.
Japha. Kongenitale Lues 237 — Hitze und Säuglingssterblichkeit in ihrer Beziehung zu Fürsorgemaßnahmen 161.
Jacquot und **P. Simon.** Meningitis cerebrospinalis am Hospital in Nancy 533.
Jarosch. Mesbe bei Lungentuberkulose 284.
Rud. Th. Jaschke. Physiologie und Technik der natürlichen Ernährung des Neugeborenen 513.
J. Ibrahim. Chronische Arthritis 528.
Ickert. Bewahrung der Kinder vor Tuberkulose 536.
Ide. Nordseeluftkur. 368.
Jeanselme. Leishmaniosis der Haut und Wassermannsche Reaktion 528.
Jelke. Rekonvaleszentenserum bei Pneumonie 286.
H. Jellinek. Lingua geographica 334.
R. Jemma. Eröffnungsrede zum Pediatriekursus in der königlichen Universität Neapel 507 — Leishmaniosis 528 — Barlowsche Krankheit 559.
Jennings. Hämorrhagische Erkrankung des Neugeborenen 271.
Orla Jensen. Bakteriologie in der Milchwirtschaft 5.
Jerusalem, Prochaska und **Theumer.** Tuberkulose 488.
Max Jerusalem. Sonnenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose 537.
E. Jevzycki. Juvenile Tabes mit Geistesstörungen 146.
Reginald Jewesbury. Pneumothorax 543.

Hofer Ig. Pathologische Anatomie des Ohres bei kongenitaler Syphilis 395.
Igersheimer. Entstehung der luetischen Keratitis parenchymatosa 172 — Keratitis parenchymatosa auf hereditär-luetischer Grundlage 172 — Klinik und pathologische Anatomie der Augensyphilis 172.
Imhofer. Lymphatisches Gewebe des Ventriculus Morgagni 378.
Van Ingen. Pränatale Hygiene 232 — Säuglingssterblichkeit 232.
Jobse und **White.** Kongenitale Pylorusstenose 551.
Jochmann. Atypische Lyssaerkrankungen und ihre Beziehungen zur Wutschutzimpfung 421 — Salvarsan bei Scharlach 275, 421 — Schweißfriesel 454.
Johnson. Ursachen des Zurückbleibens der Kinder 554.
D. W. Johnson und **Artur F. Hertz.** Myatonia congenita 556.
W. Johnson, Artur F. Hertz und **H. T. Depree.** Polio-Enzephalo-Myelitis 557.
J. Johnstone Jervis und **V. C. Martyn.** Diphtherie mit ungewöhnlichen Komplikationen 528.
J. Joel. Staatliche Säuglingsfürsorge in Lübeck 160.
Ph. Jolly. Heredität der Psychosen 557.
Jones. Ärztliche Schulaufsicht auf dem Lande 575.
Eleanor C. Jones. Ernährung an der Brust 513.
Edwin O. Jordan. Milchversorgung unter städtischer Kontrolle 202, 517.
K. Joseph. Anaphylaxiegefahr bei Anwendung des Diphtherieserums 304.
H. Josephy und **E. Schwalbe.** Zyklopie 125.
H. Josephy. Otozephalie und Triozephalie 125.
Josne und **Belloir.** Antityphöse Autovakzination 276.
E. Joest und **V. Marjanen.** Histologische Befunde über die Serosentuberkulose des Rindes 528.
Isaac und **Götzky.** Familiäre hämolytische Anämie und Bedeutung des konstitutionellen Moments in ihrer Pathogenese 219.
H. Iselin. Konservative Behandlung der Drüsentuberkulose 284, 488.
Ishihara. Ätiologie der idiopathischen Hemeralopie 172.
T. Ishiguro. Orale, axillare, inguinale, rektale Temperaturmessungen 509.
Isserlin. Psychologische Einleitung 124.
Ito. Pathologische Anatomie bei Ketinitis syphilitica hereditaria 172.
Adolf Juba. Staatlicher Beirat für körperliche Erziehung in Ungarn 571.
A. A. Jubb und **P. L. Sutherland.** Chronische Infektion der Lunge 93.
R. Judicke und **H. Sachs.** Biologisches Verhalten roher und gekochter Milch 5.
J. Judt. Akute eitrige Gelenkentzündung 419.
C. A. Julian. Schutzimpfung gegen Tuberkulose 481.
Henry D. Jump. Henry Beates jun. und **W. Wayne Babcock.** Vorzeitige Entwicklung der äußeren Genitalien 546.
Jundell. Stoffwechsel bei Dyspepsie und alimentärer Intoxikation 311.
Jungelunas. Experimentelle Masern 424.
Otto Jüngling. Pseudoarthrosen 565.
Junkel. Doppelseitige totale Plexuslähmung 342. — Embryonale Nierengeschwülste 568.
Junker. Mesbe bei Lungentuberkulose 284 — Tuberkulinbehandlung 484.
A. Jurgelunas. Experimentelle Masern 528.
K. Iwamura. Spasmophilie in Japan 523.
Izard und **L. Guinon.** Behandlung des generalisierten Erysipels 527.

Kaftan. Anfänge von Landesberufsvormundschaften in Deutschland 368.
Kahn. Dioradin 283.
Rapport Kaltant. Vor- und Nachteile des Sports vom Gesichtspunkt der Gesundheit der Jugend 162.
N. Kakusokkin. Topographie des Nabels 299.
Kaminer und **Mayerhofer.** Bestimmung des anorganischen Phosphors im Harne unnatürlich ernährter Säuglinge 203.

Kantorowicz. Organisierung der Schulzahnpflege in größeren Städten 575.
Kapferer. Extreme Nahrungsentziehung bei hochfieberhaften Erkrankungen 298.
Max Kappis. Sensibilität der Bauchhöhle 301.
Karasawa. Anämische Dermographie im Kindesalter 154.
Hans Karfunkel. Tuberkuloseprophylaxe 537.
E. Kaerger. Brophysche Gaumenspaltenbehandlung 230.
P. Karsten und **F. Lesser.** Familiäre Syphilis 331.
Karszak, Keetmann und **Plesch.** Thorium X in der Biologie und Pathologie 295.
Michio Kasahara. Virulenzprüfung der Eitererreger mittels intrakutaner Impfung 510 — Spezifizität der kutanen Tuberkulinreaktion nach v. Pirquet 475, 537.
K. Katayama. Kongenitaler Riesenwuchs 560.
Armin Katzenberger. Blutdruck bei gesunden Kindern 508.
Marie Katzenellenbogen. Blutkalkgehalt nach der Wrightschen Methode 185.
Marie Kaufmann-Wolf. Beziehung zwischen Achorion Schoenleini und Achorion Quinckeanum 229.
Walter Kaupe. Thymushypertrophie und Röntgenbestrahlung 546.
W. Kausch. Behandlung der Diphtherie mit intravenöser Seruminjektion und Yatren 210 — Erfahrungen mit Tuberkulin Rosenbach 283 — Tuberkulin Rosenbach 484.
Kurt Kayer. Bedeutung der Kalksalze für die Therapie innerer Krankheiten 509, 302.
C. S. Kee und **Archibald Smith.** Urethritis durch Gonokokken 553 — Gonorrhöe 139.
Keefe. Pylorusstenose 289.
Keetmann, Karszak und **Plesch.** Thorium X in der Biologie und Pathologie 295.
Keiffer. Sensibilität des Fötus bei Erregungszuständen der Mutter 521.
Keiner. Röntgendiagnostik der kindlichen Bronchialdrüsentuberkulose 479.
Keller. Kleinkinderfürsorge 571.
A. Keller und **W. Birk.** Kinderpflegelehrbuch 452.
Ernest Kelley. Ärztliche Überwachung der Milch 5.
Kendall. Bakterielle Ursachen der Sommerdiarrhöe 198.
Kendal und **Day.** Sommerdiarrhöe 198.
Kendall, Day und **Bagg.** Sommerdiarrhöe 198.
Albert Kenessey. Ausbreitung der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum auf die inneren Sexualorgane 552.
K. Kennerknecht. Tuberkelbazillen im strömenden Blut 475.
Claude B. Ker. Dauer der Isolierung und Quarantäne bei häufiger vorkommenden Infektionskrankheiten 64 — Scharlachfieber im Greisenalter 68.
Legrand Kerr. Kinder in der Konvaleszenz 507.
Hans Kern und **Erich Müller.** Vereinfachte Herstellung der Eiweißmilch 411, 517.
Hans Kern. Anstaltsendemie von Heine-Medinscher Krankheit 528.
Heinrich Kesselsdorfer. Schule und Jugendgerichtspflege 575.
E. Keuper. Ruhrendemie bei kleinen Kindern 420.
v. Khautz. Pseudo-Hirschsprungsche Erkrankung 549 — Spontane Extremitätengangrän 561 — Pseudohermaphroditismus masculinus 568.
Percy Kidd. Paroxysmale Tachykardie 542 — Dystrophia adiposo-genitalis 546.
Kiefer und **Ferry.** Vakzinen bei Scharlachfieber 496.
Robert Kienböck. Zwerchfellhernien 565.
Killian. Schwebelaryngoskopie 378.
G. Kimplin. Gesetze des physischen Wachstums 508.
Arno Kindler. Säuglingsfürsorge und Hebammen 571.
Kinoshita und **Takei.** Optische Eigenschaften der Milch der an Kakke Leidenden 5.
Kiralify. Therapeutische Verwendung des Benzols 295.
Kirmisson. Darmruptur 549 — Rachitis; multiple Exostosen; Spontanfrakturen; Verzögerung der Konsolidation bei einem

Kinde mit hereditärer Syphilis 540.
K. Kissling. Behrings Diphtherievakzin 210.
George L. Kitt, A. T. Laird und **D. A. Stewart.** Vorkommen von Tuberkelbazillen im Stuhl 87.
Klages. Noviform in der Augenheilkunde 173.
Klein. Mesbe bei Lungentuberkulose 284 — Wirkung des Benzols auf den leukämischen Prozeß 295.
A. Klein und **F. Visser.** Violette Nitroprussidnatriumreaktion im Harn 519.
H. Kleinschmidt. Ernährung und Antikörperbildung 5.
Kleinschmidt und **Viereck.** Behrings Diphtherievakzin 66, 274.
Ernst Klemm. Schrift und Schreibung und die Gesundheit der Volksschüler 575.
Paul Klemm. Akute und chronische infektiöse Osteomyelitis 553.
Klemperer. Tuberkulose 283.
Klemperer und **Fischer.** Lipoide Arsenverbindungen 298.
Klemperer und **Hirschfeld.** Behandlung der Blutkrankheiten mit Thorium X 295.
Klimenko. Wiederholte Einspritzungen des Heilserums beim Menschen 408 — Einführung der Heilsera 187 — Vorkommen von choleraähnlichen Vibrionen 188 — Hämorrhagien bei Scharlach 208.
A. Kling. Milch 5.
Karl A. Kling. Schutzimpfung gegen Varizellen 71, 215.
C. Kling und **A. Petersson.** Keimträger bei Kinderlähmung 320.
Karl Kling. Piophylaktische Impfung gegen Varizellen 528.
K. Kling und **C. Levaditi.** Poliomyelitis acuta 529.
Klingmüller. Kinderekzeme 154.
Kloczkowski. Entwicklung des Sehnerven 173.
Klose. Tägliche Schwankungen im spezifischen Gewicht und Fettgehalt der Milch 5.
Heinrich Klose. Pathologie und Klinik der Thymusdrüse 130 — Thymusdrüse und Rachitis 546.
Max Klotz. Behandlung der Skabies 446, 561 — Tuberkulinbehandlung 484 — Zahnanomalien bei Tetanie 523 — Stäubchen 557 — Psoriasis und Tuberkulose 561.
Klotz. Kutanreaktion im Kindesalter 509.
Klumker. Jahrbuch der Fürsorge 367.
Knapp. Netzhauttuberkulose 173.
W. Knoll. Die Skrofulose der Züricher Heilstätte von 1885 bis 1911 537.
Knopf. Physische, geistige und moralische Kraft unserer Schulkinder 575 — Schonung und Übung für das tuberkulöse respektive prädisponierte Kind in der Schule 575.
W. Knöpfelmacher. Pylorospasmus mit Papaverin behandelt 252 — Hirschsprungsche Krankheit mit akutem Darmschluß 253.
W. Knöpfelmacher und **R. Hahn.** Heimkehrfälle bei Scharlach 250, 529.
Knox. Diabetes im Säuglingsalter 150.
Howard H. Knox. Prüfung für erwachsene Imbezille 554.
Knox und **Tracy.** Ausscheidung der Phosphate 493.
R. Kobert. Arzneiverordnungslehre für Studierende und Ärzte 168.
Franz Koebner. Fürsorgeschwester in München 571.
Erwin Kobrak. Durch Diphtheriebazillus hervorgerufene blennorrhoische Prozesse 426, 529.
H. Koch. Rasch entstandener Knochendefekt des Schädels 244 — Entstehungsbedingungen der Meningitistuberkulose 470 — — Meningitistuberkulose 216, 479 — Verwertbarkeit der Glyzyltryptophanprobe für die Diagnose normaler und pathologischer Körperflüssigkeiten 5, 517 — Lupus vulgaris im Anschluß an Masern 245, 529 — Vorexanthem bei Masern 529 — Knochendefekt des Schädels 560.
Josef Koch. Veränderungen des Knochenmarkes und der Knochen bei Infektionskrankheiten im ersten Wachstumsalter 204 — Experimentelle Rachitis 342.
Richard Koch. Konservierung des Scharlachrekonvaleszentenserums 529.
Kocher. Heilung des Tetanus im Magnesiumsulfat 277.
Kögel und **Lesser.** Tuberkulin Rosenbach 283.

W. Kohl. Uneheliche Mündel in Pastor Pfeiffers Berufsvormundschaft in Berlin 367.
R. Kohler und **M. Plaut.** Rosenbachsches Tuberkulin 484.
N. K. Koll-Jakimowa, W. L. Jakimoff und **N. I. Schochor.** Technik der Analyse behufs Feststellung von Leishmaniosis 78.
Albert Köller. Ausscheidung von Arsen durch die Milch 5.
Ernst Koltze. Resistenz der roten Blutkörperchen unter dem Einfluß des Nordseeklimas 544.
König. Tuberkulose 486.
Köppe. Wirkung des auf den Lymphwegen den Drüsen zugeführten Tuberkulins 216 — Ohrtupfer 395 — Wirkung des den Drüsen zugeführten Tuberkulins 484.
Kopetzki. Beziehungen gewisser Gewebsreaktionen zur Frühdiagnose und chirurgischen Behandlungsweise der Meningitis 395.
Koplik. Säuglingssterblichkeit in den ersten vier Lebenswochen 315, 522.
Kossel. Tuberkulose 481.
Hermann Kossel. Zeitliche und örtliche Disposition bei Infektionskrankheiten 529.
Kosmak. Behandlung der Depressionsfraktur des Schädels 271.
B. Koszutski. Statistik der Tuberkulose unter Kindern der Volksschulen in Kalisch 433.
Kotz. Heilbarkeit der otogenen Meningitis 395.
Hans Ludwig Kowitz. Inkranielle Blutungen und Pachymeningitis haemorrhagica chronica interna bei Neugeborenen und Säuglingen 557.
Krailsheimer. Dermoid des Auges 173.
Kramer. Unfälle nach der Einspritzung von Antimeningitisserum 529.
Karl Kramm. Verhalten steriler und gekochter Milch zu Lab und Säure 5.
S. Kransztyk. Diathesen im Kindesalter 417.
N. Krasnogorski. Grundmechanismen der Arbeit der Großhirnrinde 41 — Exsudative Diathese und Vagotonie 292 — Wesentlichste Mechanismen der Tätigkeit der Hirnrinde 508.
M. Krassowski. Extraktion eines Steines aus der Harnröhre 442.
Krause. Therapie des Asthma bronch. 286.
Ludolf Krehl. Erkrankungen des Herzmuskels 123.
Erich Kretschmer. Bestimmung des Milchzuckers in der Milch durch Fällung mit Ammonsulfat 415.
A. Kroll-Lifschütz. Eosinophilie und exsudative Diathese 317, 523.
Berthold Kronacher. Beratungsstelle für krüppelhafte Kinder in Nürnberg 571.
Krone. Balneotherapie 510.
Hermann Krueger. Vererbbare Disposition zu Geisteskrankheiten 557.
J. Krukowski. Scharlachvakzine nach Gabritschewsky 424.
Edward B. Krumghaar und **John H. Musser jr.** Diagnostischer Wert der perkutanen Tuberkulinprobe 537.
B. Krysiewicz. Statistischer Beitrag zur Klinik der Diphtherie 427.
Kschischo. Säuglingssterblichkeit in Altona 571.
Küchemhoff. Prognostischer und diagnostischer Wert der kutanen Tuberkulinprüfung im Kindesalter 216, 240, 537.
R. Kudicke und **H. Sachs.** Immunisierungs- und Komplementbindungsversuche 517.
W. Kufajeff und **A. Sehkarin.** Wirkung von Solbädern auf den kindlichen Organismus 59.
Kühl. Milchzucker 196.
Kühn. Erste Hilfe bei Asphyxien mit direkten Einblasungen von Luft 271.
Küpferle. Experimentelle Untersuchungen über die Röntgenbehandlung der Lungentuberkulose 284.
Küpferle und **Baemeister.** Beeinflussung experimenteller Lungentuberkulose durch Röntgenstrahlen 284.
Kurashige. Ausscheidung des Tuberkelbazillus aus der Milch tuberkulöser Frauen 472.
Kurdjumow. Behandlung der Kinder mit Tuberkulin 484.

M. G. Kuschnira. Kasuistik des Vorfalles der Urethralmukosa bei Mädchen 224.
Kuttner. Tonsillotomie oder Tonsillektomie 378.
Hermann Küttner. Sogenannte rezidivierende Nabelkoliken 335, 549.
Kutvirt. Gehör Neugeborener und Säuglinge 395.
Kyritz und **Assmy.** Salvarsanbehandlung geschwüriger Prozesse 277.

Jean Lacassagne und **L. M. Bonnet.** Diaphysenfraktur bei Syphilis congenita 535.
W. E. Ladd. Behandlung tuberkulöser Halsdrüsen 537, 545.
Maynard Ladd. Magenmotilität 5 — Einfluß der Alkalien auf die Magenmotilität 508 — Einfluß variierter Nahrung auf die Motilität des Magens 183, 508.
Maurice de Laet. Entwicklungsphasen der Magenschleimhaut 508.
La Fetra. Kinderheilkunde als selbständige Disziplin 507.
L. Lagane. Pfeifferscher Bazillus beim Säugling 429 — Beriberi beim Säugling 5. — Einfluß von Wasserstoffsuperoxyd auf die Analyse der Frauenmlich 5.
L. Lagane und **A. B. Marfan.** Peroxydase der Frauenmilch 518. — Kala-azar 529 — Typhoide Erkrankungen durch Paratyphus 529 — Zerebrospinalmeningitis durch Typhusbazillen 529.
Mc. Lain. Diphtherie 529.
van Lair. Rachitis und Gastrektasie 152.
A. T. Laird, George L. Kitt und **D. A. Stewart.** Vorkommen von Tuberkelbazillen im Stuhl 87.
Edmund Laliwa. Galaktoscintoleranz 520.
U. Lambotte. Bakteriologie, Prophylaxe und Serotherapie der Diphtherie 529.
Lämmerhirt. Zweimaliges Auftreten von Scharlach 422.
Arno Ed. Lampé. Bedeutung der Thymusdrüse für den Organismus 546.
M. Landau. Nebenniere bei Anenzephalie 546.
Rudolf Landesberg. Status thymicolymphaticus und die Kehldeckelform 523.
Landolt. Behandlung der Divergenz durch überkorrigierende Konkavgläser 173.
Erich Landsberg. Eiweiß- und Mineral-Stoffwechseluntersuchungen 520.
J. F. Landsberg. Vormundschaftsgericht und Ersatzerziehung 571.
Richard Landsberger. Einfluß der Zähne auf die Entwicklung der Nase 562.
Lang. Choanalatresie 379.
Johann Lang. Aufmeißlungen des Warzenfortsatzes 395. — Nichteitrige Erkrankungen des Vestibularapparates 395.
Lange. Pathologische Anatomie der tuberkulösen Labyrintherkrangen 395.
Cornelia de Lange. Indikation der Ernährung mit Buttermilch 5 — Chylothorax 117 — Symmetrisches Gangrän 117 — Doppelseitiges Kephalhämaton 118 — Autochthones Sklerem 118 — Situs inversus viscerum 118 — Säuglingssterblichkeit an Ernährungsstörungen und Krämpfen in Amsterdam 160.
Cornelia de Lange und **J. C. Schippers.** Epidemie der Heine-Medinschen Krankheit in den Niederlanden 74, 318.
C. Langmead. Addisonsche Krankheit 470.
Frederick Langmead. Zitratmilch 5, 289 — Chorea 146 — Kongenitale hypertrophische Pylorusstenose 549.
Langstein. Pyelitis 235 — Vakzinebehandlung der Pyelitis 238, 552 — Pathologie und Therapie der Krämpfe 523 — Beziehungen zwischen Infektion und Ernährung 198.
Langstein, Rott und **Edelstein.** Nährwert des Kolostrums 196.
Paget Lapage und **William Mair.** Pathologie der Tuberkulose 79.
Lapham. Verhütung der Tuberkulose durch ärztliche Schulaufsicht 575.
Georges Laplanche. Tuberkulose des Handgelenkes 81.
A. Laquerrière und **L. Delherm.** Elektrizität in der Behandlung der Kinderlähmung 525.
Larenz. Waisenpflege 571.
Larsen. Schädeldeformität mit Augensymptomen 173.

Larsen und **Sedgwick.** Komplementfixationsreaktion bei Verwendung des Bacillus abortus als Antigen 192, 510.
Robt. E. Larue. Herzmassage als Hilfe zur Wiederbelebung Totgeborener 522.
M. Lateiner-Mayerhofer und **St. Progulski.** Säuglingsernährung in Lemberg 413.
Mathilde Lateiner-Mayerhofer. Histologische und zytologische Untersuchungen am Knochenmarke 507.
J. Latkowski und **K. Lewkowicz.** Tuberkulöse Perikardialsymphyse mit charakteristischen Elektrokardiogrammen 435.
R. Lauenstein. Kasuistik der juvenilen Leberzirrhose 551.
Lautmann. Behandlung des Schnupfens bei Säuglingen 379.
P. Lavialle. Brownsche Molekularbewegung in homogenierter Milch 5 — Wirkung der Hitze auf die in Kuhmilch aufgelöste Saccharose 513.
P. Lavialle und **Longevialle.** Chemisches Verhalten des Kaseins 5.
P. Lavialle und **G. Variot.** Überzuckerte kondensierte Milch 289 — Effekt starker Zuckerung der Milch in der Behandlung der infantilen mit Erbrechen einhergehenden Dyspepsie 516.
Lavialle, Rousselot und **Variot.** Überzuckerte kondensierte Milch 289.
Lawaese-Deshaye und **Delhaye.** Pleuritis 94.
Otakar Laxa. Lipoide des Zentrifugenschlammes 5.
T. B. Layton. Tonsillen und Adenoide 545.
Erwin Lazar. Endogene und exogene Wurzeln der Dissozialität Jugendlicher 341.
Lazarus. Aktiniumbehandlung 296.
Lechler. Häufigkeit, Diagnose und neuere Behandlung der Spulwurmkrankheit 135.
A. J. Bruce Leckie. Tuberkulinhautreaktion von v. Pirquet 537.
R. Lederer. Purpura abdominalis 64 — Bronchotetanie 95.
Richard Lederer. Bedeutung des Wassers für Konstitution und Ernährung 520 — Exsudative Diathese und Wasserstoffwechsel 523 — Scharlachrekonvaleszentenserum 529 — Schrumpfniere 255, 552.
R. Ledermann. Lues congenita und Serodiagnostik 217, 239.
H. A. Ledlard. Chyliformer Erguß 501.
W. H. Leede. Hemiplegia postdiphtherica 211.
D. B. Lees. Diagnose der Lungentuberkulose 499.
Isabolinsky Legeiko. Komplementbindungsreaktion bei Scharlach 209.
Legg. Frühe Erkenntnis der Hüftgelenkerkrankung 565.
P. Lehmann. Vorkommen virulenter Tuberkelbazillen im strömenden Blut 537.
Richard Lehmann. Otitis media acuta mit sekundärer Abduzenslähmung und Meningitis 230.
W. Lehmann und **S. Wolff.** Durch intralumbale und intraventrikulare Äthylhydrokupreininjektionen geheilter Fall von Pneumokokkenmeningitis 214.
L. Leidenius. Gonokokkamie 77.
K. Leiner. Morbillen — ähnliches Exanthem 245 — Psoriasis discoidea 245, 561 — Säugling mit morbillenähnlichem Exanthem 561.
Guido Lendertz. Kasuistik der angeborenen allgemeinen Wassersucht 542.
Hans Lengnick. Operation des Mastdarmvorfalles 565.
Lenzmann. Beeinflussung des Scharlachs durch intravenöse Salvarsaninjektionen 275.
Werner Leo. Heine-Medinsche Krankheit in ihren Beziehungen zur Chirurgie 529.
Leopold. Polyneuritische Form der Kinderlähmung 181.
Jerome S. Leopold. Säuglingsernährung mit molkenadaptierter Milch 307, 513 — Tuberkulose der Lunge, Leber und Milz mit allgemeiner Drüsenschwellung 537.
Leo-Wolf. Pflege der Neugeborenen 522.
Karl G. Leo-Wolf. Pflege und Ernährung des Neugeborenen 522.
P. Lereboullet. Chronische Appendizitis und Tuberkulose 479.
P. Lereboullet und **I. Moricand.** Varizellen beim Neugeborenen 529.

P. Lereboullet und **E. Vaucher.** Gefahren der Injektion von Wittepepton bei Behandlung familiärer Hämophilie 544.
A. Lesage. Tuberkulöse Meningitis 84.
A. Lesage und **C. Bobillier.** Amöbendysenterie 529, 549.
Le Scornet. Adenoide Vegetation 545.
E. Lesné. Intrarektale Dauerinfusionen 510 — Akute Appendizitis im Verlaufe von Varizellen 549.
Edmund Lesné und **Ch. Richet.** Organisation des Findelhauses in Stockholm 574.
Lespinasse. Direkte Transfusion bei Hämophilie der Neugeborenen 544.
F. Lesser. Familiäre Syphilis 242.
F. Lesser und **P. Karsten.** Familiäre Syphilis 331.
Lesser und **Kögel.** Tuberkulin Rosenbach 283.
Lesseliers und **G. M. van Duyse.** Prophylaxe der Masern 529.
Lessing. Osteomyelitis des Oberkiefers 379.
W. Lessing und **C. Hart.** Skorbut der kleinen Kinder 121.
Leubuscher. Therapeutische Versuche mit Phosphor bei Epileptikern 292.
G. Leubuscher. Erkrankungen der Lehrerschaft im Herzogtum Sachsen-Meiningen 575.
C. Levaditi und **K. Kling.** Poliomyelitis acuta 529.
C. Levaditi und **Arnold Netter.** Akute, diffuse und transversale Myelitiden 531.
C. Levi. Abortiver Scharlach in den ersten Lebensmonaten 422.
Léopold-Lévi und **Rothschild.** Kleine Schilddrüseninsuffizienz und ihre Behandlung 265.
Levi und **Franke.** Stellung der Berufsvormundschaften gegenüber Gerichten und Polizei 368.
Levinsohn. Entstehung der Kurzsichtigkeit 173.
Levy. Komplikationen nach Rachenmandeloperationen 379.
Lévy und **Renault.** Kernigsches Zeichen 444.
Levy. Ätiologie und Symptomatologie der Nervosität 557.
Levy und **Triboulet.** Subkutane Injektionen von Urotropin zur Typhusbehandlung 276.
Le Wald und **Pisek.** Röntgenuntersuchungen über die Anatomie und Physiologie des Säuglingsmagens 183.
Lewin. Neuritis acustica toxica 395.
J. Lewin. Primäre eitrige Speicheldrüsenentzündung 78.
Leo Lewin. Kongenitale Atresie des äußern Gehörorgans 395.
Lewis. Zelleninhalt der Milch 201.
F. C. Lewis und **J. M. Beattie.** Elektrizität bei der Sterilisierung 2.
Lewinstein. Neue pathologische Tonsille 379 — Pathologie und Therapie vom Tuberculum septi ausgehender nasaler Reflexneurosen 379.
Lewkowicz. Bestimmung der Nahrungsmengen eines an der Mutterbrust genährten Kindes 409.
K. Lewkowicz und **J. Latkowski.** Tuberkulöse Perikardialsymphyse mit charakteristischen Elektrokardiogrammen 435.
Raphael Liberge. Röntgenbehandlung der Spina ventosa 568.
M. Lichtenstein. Angeborene Bauchspalte 568.
R. Lichtenstein. Pylorospasmus 549.
Stephanie Lichtenstein. Diphtherieforschung 529.
W. F. Lichtfield. Verhütung und Behandlung der Sommerdiarrhöe 513.
Liedke und **Völckel.** Diphtheriebazillen in den Organen bei tödlich endender Diphtherie 325.
E. Liefmann. Schicksal von Säuglingen mit Pylorospasmus und habituellem Erbrechen 549.
P. Liepe. Lobecksches Biorisationsverfahren 6.
Piero Ligabue. Diagnostischer Wert der Tuberkulin-Kutireaktion nach v. Pirquet 537.
Hermann C. Lijthgoe. Milch 6.
Howard Lilienthal. Hypertrophische Pylorusstenose 549.
Gören Liljestrand. Künstliche Atmung 315.
Aug. Lilièvre und **Ed. Retterer.** Embryonale Verknöcherung der Wirbelsäule 521.
Lindemann, Neufeld und **Dold.** Stand der Typenfrage der Tuberkelbazillen 475.
Linden. Tuberkulose 485.
F. Linder. Fötus 521.

L. Lindet. Lösliche Eiweißkörper der Milch 6 — Löslichkeit der Milchalbuminoide in den Elementen des Serums 517.
Lindenfeld. Bildung rosettenartiger Figuren in der Netzhaut normaler, fötaler, menschlicher Augen 173 — Spontanheilung von Glioma retinae 173.
S. Liwschiz. Kasein oder Parakasein 517.
O. Lobeck. Verfahren zum Entkeimen der Milch 6.
Löblein. Glaukom der Jugendlichen 173.
Edwin A. Locke. Ernährung von anämischen und tuberkulösen Kindern 513.
Mummery J. P. Lockhart. Mastdarmkrankheiten 549.
C. B. Lockwood. Diagnose und die Behandlung der akuten Abdominalentzündungen 549.
W. R. Logan. Darmflora 514.
Logre und **Dupré.** Friedreichsche Krankheit 556.
Londe. Bronchitis 439.
Edward W. Long und **Clarence E. May.** Milch 6.
Longevialle und **P. Lavialle.** Chemisches Verhalten des Kaseins 5.
Karl Looft. Intelligenzprüfungen von Schulkindern 451.
Loeper. Beruhigender Einfluß des Zuckers bei Säuglingsdyspepsie mit Magenintoleranz 514.
O. Lorange. Scarlatina sine exanthemate 66.
Lord. Adrenalin bei Keuchhusten 276.
Friedrich Lorentz. Tuberkulosesterblichkeit der Lehrer 462.
Th. Lorenzen. Biorisator in der Praxis 6.
Lorenz-Monod und **G. Variot.** Nährwert der Rohmilch 516, 521.
Lotsch. Invaginatio ileocoecalis 349, 549.
Loubet und **Nauta.** Akute lymphatische Leukämie 96.
James D. Love. Ernährung 6 — Geregeltes Ruhen und Spielen für Schulkinder 575.
Lovett. Behandlung der Kinderlähmung 529 — Entwicklungsgeschichte des Kinderhospitals 574.
Loew und **Emmerich.** Einfluß der Kalksalze auf Konstitution und Gesundheit 378.
Paul Löwenberg. Latenzstadium der Masern 530.
Lowenburg. Ursache der künstlichen Ernährung 197 — Behandlung der Säuglingsatrophie 514.
E. Löwenstein. Immunisierung mit atoxischen Toxinen und mit überkompensierten Toxin-Antitoxinmischungen bei Diphtherie 530.
Erna Loewy. Unter dem Bilde der Landryschen Paralyse verlaufende Fälle von Poliomyelitis acuta anterior 529.
O. Lubarsch. Pathologie und Tuberkulose 467.
Lucas. Wassermannreaktion vom prognostischen und diagnostischen Standpunkte 217 — Herzstimulantien 407.
William P. Lucas. Wert des Blutbildes bei der Frühdiagnose von Masern 321, 530.
Lucas und **Wentworth.** Behandlung der rheumatischen Endokarditis 542.
Lüders. Syphilitische Mittelohrentzündung 395.
Ludloff. Blutige Resorption der angeborenen Hüftluxation mit dem medialen vorderen Schnitt 448.
Haymann Ludwig. Pathologie der akutentzündlichen Prozesse im Mittelohr 395.
Francesco Luna. Kenntnis des Wundscharlachs 530.
Christen Lungsgaard. Kongenitale Syringomyelie 557.
F. Lust. Ätiologie der Poliomyelitis 257 — Bedeutung des Kalkes für den wachsenden Organismus 520.
F. Lust und **F. Rosenberg.** Ätiologie der Heine-Medinschen Krankheit 427.
Paul Luttinger. Vakzinebehandlung des Keuchhustens 530.
Gaston Lyon. Behandlung der Obstipation 514.
Lyons. Genitaltuberkulose bei Kindern 216, 537.

R. Mabille und **H. L. Rocher.** Angeborene lumbodorsale Skoliose 566.
Léopold Mabilleau. Verwaltungsorganisation der französischen Mutualités maternelles 572.
Machado. Sonnenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose 488.

James Mackenzie. Krankheitszeichen und ihre Auslegung 123.
W. Leslie Mackenzie. Tuberkulose bei Schulkindern in Schottland 537.
Macy. Ungewöhnliche Phasen der Kinderhygiene 233 — Sozialmedizin in der Volksschule 575.
Salvatore Maggiore. Klinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen über Megacolon congenitum 549.
R. Magnus. Tödliche Vergiftung mit Phosphorlebertran 569.
Magruder. Chirurgische Behandlung und Heilvermögen der poliomyelitischen Lähmung der unteren Extremitäten 181.
Fritz Magyar. Gonitis luetica bei hereditär luetischen Kindern 248 — Pemphigus vulgaris chronicus 248 — Mikrozephalie 246, 557 — Impetigo circinata 246, 561.
Maingot, L. Ribadeau-Dumas und **Albert Weill.** Diagnose der Lungentuberkulose 538.
R. Major. Röntgenologische Beobachtungen am Säuglingsmagen 300.
Gustav Major. Schwer erziehbare Kinder 122.
R. H. Major und **Edmund Nobel.** Empfindlichkeit der kindlichen Haut gegenüber Dysenterietoxin und Tuberkulin 510.
William Mair und **Paget Lapage.** Pathologie der Tuberkulose 79.
Makenzie. Tuberkulinbehandlung 283.
A. A. Makower. Wachstum 508 — Untersuchungen über Wachstum 520.
Malarte und **L. Guinon.** Antityphöse Bakteriotherapie 527.
v. Maltzahn. Hypophysenmedikation bei Rachitis 560.
A. Mamrot. Hirschsprungsche Krankheit 441 — Diabetes insipidus 445.
Paul Manasse. Lehre von der plötzlichen Ertaubung bei Scharlachotitis 395.
Luigi Mangiagalli. Stillen 514.
Mangold. Fürsorge für stammelnde und stotternde Kinder 511.
Manicat. Komplementbindungsvorgang bei Keuchhusten 212.
Ludwig Mann. Traumatische Entstehung spasmophiler Zustände 523.
Mannheimer. Erfahrungen mit der Friedmannschen Behandlung der Tuberkulose 283.
John B. Manning und **Fred. J. Fassett.** Stillsche Krankheit und Arthritis deformans 553.
J. S. Manson. Erbliche Übertragung von Sarkom 565.
Manton. Asphyxie der Neugeborenen 522.
Dora Mantoux. Tuberkulose beim Säugling 80.
Dora Mantoux und **A. B. Marfan.** Bitonaler Husten bei der Tuberkulose der Tracheobronchialdrüsen 537.
Charles C. Mapes. Infantile Menstruation 508.
Le Marc-Hadour. Rhinitis 563.
L. Marchand und **G. Petit.** Infantile zerebrale Hemiplegie mit Idiotie und Epilepsie nach Geburtstrauma 557.
Marfan. Spastische Paraplegie bei hereditärer Syphilis 89 — Säuglingsfürsorge in den Großstädten 450 — Chronische Tuberkulose des Peritoneums 537.
Marfan und **Bandouin.** Pylorusstenose 440.
A. B. Marfan und **L. Lagane.** Peroxydase der Frauenmilch 518.
A. B. Marfan und **Dora Mantoux.** Bitonaler Husten bei der Tuberkulose der Tracheobronchialdrüsen 537.
A. B. Marfan, E. Feuillié und **Fr. Saint-Girons.** Zytologie der Frauenmilch 517.
J. Margarot und **J. Baumel.** Achondroplasie 560 — Achondroplasie und partielle hypophysäre Insuffizienz 560.
V. Marjanen und **E. Joest.** Histologische Befunde über die Serosentuberkulose des Rindes 528.
René Marie und **H. Rouèche.** Hämoglobinurie 544.
R. M. Marliangeas und **R. Dupérié.** Leukozytenbefunde bei Serumexanthemen im Verlauf der Diphtherie 526.
R. Marois. Fürsorgestellen im Departement Yonne 572.
Marquis. Kongenitale abnorme Ausmündung des Rektums 568.
Marquis und **Douriez.** Darminvagination 548.
David Marine. Tetanie bei Hunden 62.

Howard L. Marsh und **Edward B. Meigs.** Zusammensetzung von Frauen- und Kuhmilch 6.
Howard L. Marsh und **William H. Welker.** Milch 8.
Marshall. Azidose 520.
Martel, Tanon und **Chrétien.** Agglutination des Micrococcus melitensis 510.
Paul Martell. Städtische Schulküchen in Italien 575.
Martin. Milch 6 — Chemische und biologische Veränderung der Milch maul- und klauenseuchekranker Kühe 56.
Martin, Etienne und **Georges Mouriquand.** Plötzlicher Tod im Kindesalter 557, 569.
Friedrich Martius. Enzyklopädie der klinischen Medizin 508.
V. C. Martyn und **J. Johnstone Jervis.** Diphtherie mit ungewöhnlichen Komplikationen 528.
Konrad Mass. Kinderhorte im Rahmen der sozialen Bestrebungen 572.
M. Massini. Diagnostische Bedeutung der Döhleschen Leukozyteneinschlüsse für die Scharlachdiagnose 422.
M. S. Massloff. Tropische Splenomegalie 136 — Biologische Bedeutung des Phosphors für den wachsenden Organismus 492, 520 — Veränderungen der Atmungskurven bei Kindern mit spasmophilen Symptomen 316, 523.
F. F. Matenaers. Nutzbarkeit der Melkmaschine 6.
J. Matko. Pancreatitis chronica mit Diabetes mellitus 552.
Matthiessen. Berufsvormund und Vergütung aus dem Vermögen des Mündels 368.
Sh. Matzumoto. Histologie der kongenitalen Schleimhautzysten an der Raphe 507.
L. Maurel. Studium der Totgeburten vom Standpunkte der Eugenik und des Dysgenismus 572.
H. Mautner. Chronische Bronchitis 251.
Fritz Mautner. Hautreaktionen bei gesunden und ekzematösen Kindern 344.
Clarence E. May und **Edward W. Long.** Milch 6.
B. C. Maybury und **William Henry Battle.** Epitheliom der Mamilla 156.
O. Mayer. Geheilte otogene Meningitis 396.
Artur Mayer. Vorkommen von Tuberkelbazillen im strömenden Blut und in der menschlichen Milch 530.
Ernst Mayer. Diastase im Säuglingsharn 415.
Otto Mayer. Diphtheriebekämpfung 530.
Ernst Mayerhofer. Uterusprolaps, Spina bifida und Lückenschädel bei einem Neugeborenen 256 — Harn des Säuglings 520 — Sklerodermie der Neugeborenen 246, 522 — Prolapsus uteri mit Spina bifida und Lückenschädel bei einem neugeborenen Kinde 568 — Säuglingsstation der neuen Wiener Klinik 351, 574.
Mayerhofer und **Kaminer.** Bestimmung des anorganischen Phosphors im Harne unnatürlich ernährter Säuglinge 203.
E. Mayerhofer, R. Neubauer. Meningitistuberkulose und Meningitis serosa 479.
P. Mazé. Milchfermente und Milch 518.
P. Mazé und **Auguste Pettit.** Milchernährung des Kaninchens 511.
O. Medin. Infektionswege der Tuberkulose 464 — Säuglingstuberkulose 215.
P. Medowikoff. Bakteriolysine der Frauenmilch 191 — Prognostische Bedeutung der Pirquetschen Reaktion 467.
Van der Meer. Vorkommen von an Sprachfehlern Leidenden unter den Schulkindern 351.
Mehler und **Ascher.** Chemotherapie der Tuberkulose 284.
Edward B. Meigs und **Howard L. Marsh.** Zusammensetzung von Frauen- und Kuhmilch 6.
J. Meisels. Kongenitales Struma 247.
Meisenbach, Saunders und **Wisdom.** Ursache und Verhütung der Kinderlähmung 533.
Meissen. Tuberkulose 485.
Mello-Leitao. Kongenitales Myxom der Füße 565.
Raoul Melon. Perinephritische Phlegmone 138.
Ménard. Operative Behandlung der chirurgischen Tuberkulose 486.
Lafayette B. Mendel. Wachstum 520.

Mendelsohn. Demonstration zum Mongolenfleck 234.
A. Mendelsohn und **L. Michaelis.** Wirkungsbedingungen des Labfermentes 6.
P. Menetrier und **J. Avezou.** Zerebrospinalmeningitis 530.
Enrico Mensi. Periodische Atmung bei Neugeborenen 522 — Leukozytenformel bei Masern 530.
V. Mercier und **A. Frouin.** Einfluß der Erdsalze auf Lab 3.
F. Mercier und **Nobécourt.** Respiratorische Form der enzephalo-meningealen Reaktionen im Verlauf des Abdominaltyphus 531.
Merkens. Melaena neonatorum geheilt durch Injektion von defibriniertem Menschenblut 271.
H. Méry. Serumschäden und Serumfurcht 510 — Typhusvakzinetherapie und Herzkollaps 530.
H. Méry und **G. Heuyer.** Hereditäre Syphilis beider Tibien entzündlichen Charakters 540 — Akute Nebenniereninsuffizienz im Verlaufe einer Nebennierentuberkulose 546.
Méry und **Parturier.** Kongenitales Fehlen der rechten Brustdrüse bei Vorhandensein der Brustwarze 568.
H. Méry, H. Salin und **A. Wilborts.** Wiederholte Asystolie nach akuter primärer Herzdilatation 542.
E. Metschnikoff. Darmflora 414.
O. Metzer. Festsetzung einer untersten Fettgrenze für Vollmilch 6.
Marcel Meunier. Echte und Pseudodiphtheriebazillen 45.
Edgar Mey. Heftige Abdominalschmerzen bei Scharlach 530.
Meyer. Infektionsverhütung im Säuglingsspital 205.
L. Meyer. Ophthalmologische Diagnostik der Erkrankungen der Nasennebenhöhlen 379.
L. F. Meyer. Bericht über den Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin 233.
Erich Meyer. Pathologie und Therapie des Diabetes insipidus 150.
Oswald Meyer. Parathyreoidinbehandlung der Spasmophilie 235. 293.
Mezbourian. Laktation in der Schwangerschaft 60.
Paul Michaelis. Impfgesetz für das Deutsche Reich vom 8. April 1874 569.
L. Michaelis und **A. Mendelsohn.** Wirkungsbedingungen des Labfermentes 6.
Michel, Cohendy und **Bertrand.** Sensibilisiertes Pneumokokkenvirus 286.
Friedrich Mielke. Behandlung von Tetanus mit Magnesium sulfuricum 530.
J. Milhit. Bronchienerweiterung und Syphilis hereditaria 540.
Miller. Koplikscbe Flecken auf den Rachenmandeln bei Hühnereiweißanaphylaxie 510.
Miodowski. Lymphscheiden des Olfaktorius als Infektionsweg 379.
Ferreira de Mira. Einfluß der Nebennieren auf das Wachstum 547.
Ch. Mirallié. Infantilismus 547.
Peter Misch. Säuglingskrippe 572.
Genshiro Mita. Physiologische und pathologische Veränderungen der menschlichen Keimdrüse von der fötalen bis zur Pubertätszeit 547.
A. F. Mitchell. Zervikaldrüsentuberkulose 472.
Mixsell. Intravenöse Anwendnug des Diphtherieheilserums 65.
Charles G. Mixter. Mesenterialzyste 565.
G. Mogwitz. Verhalten des sympathischen Nervensystems gegenüber Adrenalin 301, 510 — Blutzucker 520.
Mohler. Adenoide 545.
Mohr und **Beck.** Papillitis als Frühsymptom der Lues congenita 173
Möllers und **Wolff.** Experimentelle Untersuchungen mit dem Zuneiserschen Tuberkulosepräparat Tebesapin 283.
Moltschanoff. v. Pirquet Tuberkulinreaktion bei akuten Infektionskrankheiten 476.
Moltzer. Ösophagusstenose nach Diphtherie 117.
Moncorvo fils. Kinderschutz in Brasilien 572.
A. Eisdell Moore und **Athole Ross.** Influenzameningitis 532.
V. Morax. Behandlung der gonorrhoischen Augenentzündung der Neugeborenen 562.
Morel, Weill und **Mouriquand.** Rektale Anwendung von Salvarsan 91.

I. Morieaud und **P. Lereboullet.** Varizellen beim Neugeborenen 529.
R. Moricheau-Bauchant, R. Guyonnet und **Corbin.** Akute Poliomyelitis 530.
Rutherford Morison und **Hamilton Drummond.** Kongenitale Struktur des Ösophagus 133.
E. Moro. Rezidivierende Nabelkoliken 261, 335, 549 — Diätetik der Skrofulose 490 — Neuropathie 557.
Morse. Röntgendiagnose unklarer Abdominalzustände 187 — Wirksamkeit des Kinderhospitals 574.
John Lovett Morse. Säuglingsernährung in Boston 514 — Verwertung der Röntgenstrahlen bei der Diagnose von unklaren Zuständen des Abdomens 550 — Barlowsche Krankheit 559.
Charles A. Morton. Tuberkulose des Hüftgelenkes 82.
Moes. Pyelozystitis 552.
Mosby. Poliomyelitis 181 — Behandlung des Scharlachfiebers 530.
J. Moses. Ärztliches zur Zwangserziehung der verwahrlosten und kriminellen Jugend 572.
K. Motzfeld. Angeborene Herzfehler 92.
Albert Mouchet. Kongenitales Fehlen der rechten Brustdrüse bei gleichzeitigem Vorhandensein der Brustwarze 568.
Moulton. Bernardbehandlung der Poliomyelitis 530.
Georges Mouriquand. Adiposogenitaler Symptomenkomplex 547 — Kindliche Obesität 547.
Georges Mouriquand, Etienne und **Martin.** Plötzlicher Tod im Kindesalter 557, 569.
Mouriquand und **Dujol.** Diuretische Wirkung der Infusion von Waldmeister 45.
Mouriquand, Morel und **Weill.** Rektale Anwendung von Salvarsan 91.
G. Mouriquand und **E. Weill.** Störungen durch einseitige Ernährung 516.
C. Moewes und **Fr. Bräutigam.** Tuberkelbazillen im Blute 87.
Mühsam. Styrakol in der Behandlung Lungenkranker 284.
Luigi Carta Mulas. Behandlung der Pertussis mit Adrenalin 530.
Müller. Arbeitsleistung des Blutes und des Herzens 185 — Therapie der Lues congenita 278.
A. Müller. Mädchenerziehung 555.
S. Müller. Gangrän der Nasen 379.
Erich Müller. Therapie und Klinik der Lues congenita 217, 233 — Akute Infektionen im Säuglingsalter 419 — Tuberkulose im Kindesalter 430 — Tuberkulose 537 — Anämie und Scheinanämie 544.
Georg Müller. Ossärer Schiefhals 347 — Riesenwuchs 560.
Paul Müller und **Henri Dufour.** Pathogenese der orthostatischen Albuminurie 552.
Erich Müller und **Hans Kern.** Vereinfachte Herstellung der Eiweißmilch 411, 517.
Erich Müller und **Ernst Schloß.** Herstellung der wichtigsten Nahrungsmischungen für den Säugling im Privathause 412, 518.
Müller-Berthold. Laryngitis subchordalis acuta 379 — Thymustod und Status lymphaticus 379.
C. Müller-Kögler. Milchleistungsprüfungen bei Ziegen 6.
Arthur Münzer. Pubertas praecox und psychische Entwicklung 305.
Moog. Serumtherapie des Scharlachs 530.
Jansen Murk. Wesen und Werden der Achondroplasie 344.
Hans Murschhauser und **Artur Schloßmann.** Einfluß der vorangegangenen Ernährung auf den Stoffwechsel im Hunger 416 — Stoffwechsel im Hunger 493 und 494.
John H. Musser jr. und **Edward B. Krumghaar.** Diagnostischer Wert der perkutanen Tuberkulinprobe 537.
Mutch und **Ryffel.** Stoffwechsel bei Rektalernährung 298.
Mutel. Pottsche Krankheit syphilitischen Ursprungs 540.
v. Mutschenbacher. Konservative Behandlung der tuberkulösen Halslymphdrüsen 486.
Mygind. Diffuse eitrige Meningitis 395 — Totale Taubheit und Meningitis cerebrospinalis 395.
Holger Mygind. Otogene Halsabszesse 563.

D. N. Nabarro, F. J. Poynton und **R. R. Armstrong.** Chronische rekurrierende Durchfälle 514, 550.
Valerie Nadel. Vorhofflimmern und Arhythmie 249.
Nadory. Einfach chirurgische Versorgung des Nabelschnurrestes 271.
Fritz Näf. Eiweißmilch 6, 514.
Nageotte-Wilbouchewitch. Soziale Hilfe im Krankenhaus 572.
Nager. Influenzataubheit 396.
Lucy Naish. Natürliche Ernährung 48.
Nance. ChikagoerMilchvorschrift 6.
L. Nattan-Larrier. Übergang von Trypanosomen in die Milch 6, 518.
J. G. Mac Naught. Rötelnepidemie 530.
Nauta und **Loubet.** Akute lymphatische Leukämie 96.
Navarro. Rheumatismus nodosus 147.
F. Naville. Spezialklassen für schwachbegabte Kinder 140.
C. Navratil. Ösophagusspasmus 379.
Neal, Dubois und **Zingher.** Experimentelle Untersuchungen über Poliomyelitis 526.
R. William Mac Nealy und **Artur B. Eustace.** Strangulation einer Tubeovarialhernie 565.
Neau. Masern 531.
Maurice van Neck. Kongenitale oder Geburtsläsionen der Schulter und des Plexus brachialis 522.
Neff. Ernährung des kranken Säuglings 514.
Hermann Neff. Pseudohermaphroditismus 568.
C. Neil. Abdominaltuberkulose 472.
Charles Mac Neil. Status lymphaticus 63 — Skrofulose oder Überempfindlichkeit für tuberkulöse Infektion 523.
Max Neisser und **G. Schuster.** Leistungsfähigkeit der bakteriologischen Diphtheriediagnose 531.
Neter. Masturbation im vorschulpflichtigen Alter 148 — Vakzinetherapie des Typhus 276.
Arnold Netter. Poliomyelitis 497 — Akute diffuse Myelitis 511 — Meningitische Form der Poliomyelitis 531.
Arnold Netter und **C. Levaditi.** Akute, diffuse und transversale Myelitiden 531.
A. Netter und **L. Ribadeau-Dumas.** Choreiforme Manifestationen bei Poliomyelitis 531.
R. Neubauer, Ad. Fuchs. Behandlung tuberkulöser Kinder mit niedrigen Tuberkulindosen 484.
R. Neubauer, E. Mayerhofer. Meningitistuberkulose und Meningitis serosa 479.
Neufeld, Dold und **Lindemann.** Stand der Typenfrage der Tuberkelbazillen 475.
Friedrich Neugebauer. Hirschsprungsche Krankheit 550.
Hans Neugebauer. Syphilis hereditaria und Aortenveränderungen 540.
Neuhaus und **Schaub.** Kuhmilchidiosynkrasie bei Säuglingen 199.
Neuhaus. Röntgendiagnostik der kindlichen Bronchialdrüsentuberkulose 479.
Neuhof. Angeborene familiäre Erhöhung des Schulterblattes 502.
Neumann. Einfluß von Alttuberkulin Koch und Tuberkulin Rosenbach auf die Impftuberkulose des Meerschweinchens 283 — Benzolbehandlung der Leukämie 295 — Akute eitrige Labyrinthitis bei akuteitriger Mittelohrentzündung 396.
H. Neumann und **E. Oberwarth.** Behandlung der Kinderkrankheiten 121.
Julius Neumann. Laktation und Genitalzustand 6.
Nevermann. Biorisatorverfahren nach Lobeck 6.
Nicholas und **Hogan.** Wirkung des Milchsäurebazillus auf Diphtherie 323.
Jos. H. Nicoll. Operationstechnik bei Hydrozele 157.
Nicolle und **Conor.** Vakzinetherapie des Keuchhustens 276.
Nicholson, White und **Blackfan.** Wasserwannsche Reaktion 90.
Vladimir Njegovan. Phosphatide der Milch 6, 415.
Albert Niemann. Respiratorischer Gaswechsel 57 — Unbekanntes Krankheitsbild 333.
Albert Niemann und **Kurt Frank.** Einfluß veränderter Nahrung auf die Kohlensäureproduktion 310, 519.

D. Niesenson. Epidemie von Scharlach in Warschau 423.
v. Niessl-Mayendorf. Ursachen der choreatischen Zuckung 341.
Niestroj und **Fink.** Gegenseitige Unterstützung der Berufsvormundschaften 368.
Nifong. Darminvagination 550.
Nigay und **Hamalde.** Regime bei akuter Enteritis 289.
Friedrich Niklas. Plazentarhormone und Verwendung der Plazentarsubstanzen als Laktagoga 6.
Erich Nirrnheim. Normaler Blutdruck im Kindesalter 508.
Nobe. Kasuistik und Therapie der angeborenen seitlichen Halsfistel 568.
Nobécourt. Ozotämie 505 — Ausscheidung des Salizylnatriums durch den Harn 506 — Behandlung der Verdauungsstörungen 514 — Stillen und Mutterschutz 572.
P. Nobécourt. Akute Perikarditis 542 — Asystolie 542 — Chronische Perikarditiden und Lymphphysen des Perikards 542 — Dilatation und Hypertrophie des Herzens 542.
Nobécourt und **Ch. Bidot.** Azotämie und Kotasche bei Athrepsie 520.
Nobécourt und **Darré.** Säuglingsernährung 514.
Nobécourt und **F. Mercier.** Respiratorische Form der enzephalomeningealen Reaktionen im Verlauf des Abdominaltyphus 531.
P. Nobécourt und **G. Schreiber.** Eiweißmilch 6 — Prophylaxe gegen Tuberkulose 537.
Edmund Nobel. Paroxysmale Hämoglobinurie 248 — Aneurysma spurium der Bauchaorta 249 — Geheilte chronische Pneumonie 249 — Chronische Starre der gesamten Körpermuskulatur 252 — Einseitige Lungentuberkulose mit künstlichem Pneumothorax behandelt 252.
Edmund Nobel und **R. H. Major.** Empfindlichkeit der kindlichen Haut gegenüber Dysenterietoxin und Tuberkulin 510.
Nicola Novaro. Darminvagination infolge von Askariden 550.
Josef Novak. Rolle der Brustdrüsen in der Lehre von der inneren Sekretion 547.
J. Novak und **O. Porges.** Azidität des Blutes bei Osteomalazie 560.
Noeggerath. Elektrokardiogramme schwächlicher Säuglinge 91.
Noorden. Grundsätze der Nephritisbehandlung 297.
Noorden. Wahl von Nahrungsstoffen in Krankheiten 298.
Charles E. North. Milch 6.
Northrup. Disseminierte miliäre Lungen- und Hauttuberkulose 538.
Hugo Nothmann. Kutane Impfung mit humanem und bovinem Tuberkulin 538.
H. Nothmann und **E. v. Rucktenschell.** Atemgymnastik 543.
Nürnberger. Volvulus als Ursache der Melaena neonatorum 131.

Oberndorfer. Lunge eines an Bronchotetanie gestorbenen Säuglings 356 — Pathologisch-anatomische Demonstrationen 356 — Endocarditis verrucosa Mitrakis und Tricuspidalis mit eigentümlichen Nierenerkrankungen 357 — Herzhypertrophien 357 — Magen und Lungen eines Falles hämorrhagischer Varizellen 357 — Herzhypertrophien, die mit Thymusvergrößerung kombiniert 358 — Hypertrophien auf myokarditischer Basis 358 — Rein idiopathische Herzhypertrophien 358 — Thymustod 358.
Oberwarth. Pylorospasmus 237.
Lillie Oberwarth. Mutterbriefe 164.
E. Oberwarth und **H. Neumann.** Behandlung der Kinderkrankheiten 121.
Karl Obmann. Generalisierte Vakzine bei Ekzema capitis 449.
Ochner. Behandlung der Hernien 230.
Ochs. Ekzem 561.
Ochsenius. Keuchhusten und seine Behandlung 531.
K. Oczesalski und **J. Goldberg.** Tollwut mit Ergriffensein der Hirnhäute 420.
Chas. H. O'Donoghue. Beziehung von Corpus luteum zur Brustdrüse 6.
Sverre Oftedal. Herstellung reiner Buttermilch 518.
Aceste Ollarl. Thymus in der Pathologie des Kindesalters 547.
Robert Ollerenshaw. Nierensteine 138.

D'Oelsnitz. Heliotherapie 510 — Vakzinebehandlung des Typhus 531.
D'Oelsnitz und **Paschetta.** Radiologische Untersuchungen über Bronchialdrüsentuberkulose 538 — Wert der Röntgenuntersuchung des Thorax für die Diagnose der Tracheo-Bronchialdrüsen 545.
J. F. O'Malley. Ausgedehntes narbiges Diaphragma im Pharynx nach Scharlach 530.
Mary O'Malley. Hygiene nervöser Kinder 557.
L. Ombrédanne. Abbottsches Verfahren 350 — Akute primäre Orchitis 552 — Anomalien des Thorax 568 — Kongenitale Mißbildungen durch aminotische Stränge 568.
Openheimer. Entzündungen der Nebenhöhlen 563.
Karl Oppenheimer. Fermente und ihre Wirkungen 165.
Orchard. Nervöse Anorexie 308 — Anorexia nervosa 557.
Orland. Unbeabsichtigt hohe Phenolphthaleindosis bei einem Kinde 299.
A. P. Orlow. Behandlung der Lungentuberkulose mit Radiumdioradin 488.
M. Orlowsky. Eiweiß der Kuhmilch und der Kuheuter 6.
Oertel. Chronische Mandelgrubeninfektion und ihre Behandlung durch Tonsillotomie 379.
P. H. Oerum und **J. Rosenthal.** Behandlung der Magendarmkatarrhe und Atrophie mit Malzsuppe 49, 410.
Th. A. Ossinin. Latente Tuberkulose 538.
R. von Ostertag. Normativbestimmungen für die Regelung des Milchverkehres in Preußen 6, 518 — Tuberkulose und Milch 7, 538.
S. E. Ostrowsky. Bedeutung der Larosanmilch für die Diätetik des früheren Kindesalters 197, 411 — Diagnostische Bedeutung des Signe du sou bei Pneumonien und Pleuritiden 187, 439.
Léon Oswald. Säuglingsernährung in Zürich 514.
J. Ott und **J. C. Scott.** Hormone der Milchsekretion 7.
R. Otto. Gehalt des Blutes an Diphtherieantitoxin 304.
Birger Oeverland. v. Pirquetsche Untersuchungen bei Kindern 433 — Untersuchungen mit v. Pirquets Reaktion 538.
Edmund Owen. Appendizitis 134.

D. Pacchioni. Ernährungsstörungen 52 — Kindliche Atrophie 54 — Verdauungsstörungen 514 — Klinik und Pathogenese der Azetonintoxikation 559.
D. Pacchioni, Caffarena, Consiglio und **Corradi.** Experimentelle Untersuchungen über Keuchhusten 75.
J. Paechtner. Alkoholähnliche Milch 7.
C. Max Page. Achondroplasie 560 — Hirschsprungsche Krankheit 550.
Pagenstecher. Grundbegriffe der Teratologie des Auges 173.
Paiseau. Septichemische Hautinfektionen 507.
Emilia Palmegiani. Kasuistik der Zerebrospinalmeningitis 531 — Klinische und statistische Bemerkungen zur Pneumonie 543.
William Palmer. Wert prolongierter heißer Bäder bei Behandlung der Kinderchorea 557.
J. Pallesen. Akute Infektionen Neugeborener 60 — Anatomische Veränderungen beim Status thymico-lymphaticus 523.
K. Pannwitz, A. Brueck. Bedeutung der Heilstätten für tuberkulose Kinder 490.
Richard Pape. Augenärztliche Schuluntersuchungen im Fürstentum Lippe 562.
Pappenheim. Benzolbehandlung der Leukämie 295.
Alwin M. Pappenheimer. Wirkung frühzeitiger Entfernung des Thymus bei Ratten 334.
C. Parhon und **Marie Parhon.** Abderhaldensche Reaktion mit der Brustdrüse bei graviden und stillenden Frauen 508.
Charles A. Parker. Chirurgische Behandlung der Thymus 547.
D. W. Parker. F. B. Lund. Tuberkulöse Mesenterialdrüsen eine Appendizitis vortäuschend 479.
John Parkinson und **Robert Hutchinson.** Paroxysmale Tachykardie 542.
Parmentier. Abtragung der Mandeln 129.

L. A. Parry. Akuter intestinaler Darmverschluß 550.
Parturier und **Méry.** Kongenitales Fehlen der rechten Brustdrüse bei Vorhandensein der Brustwarze 568.
E. Paschen. Ätiologie der Variola und Vakzine 71.
Paschetta und **D'Oelsnitz.** Radiologische Untersuchungen über Bronchialdrüsentuberkulose 538 — Wert der Röntgenuntersuchung des Thorax für die Diagnose der Tracheo-Bronchialdrüsen 545.
Paessler. Radikale Tonsillektomie oder konservative Behandlung der chronischen Tonsillitis 379.
Patein und **Deval.** Schwankungen in der Zusammensetzung der Frauenmilch 518.
J. King Patrick. Tuberkulin bei der Diagnose und Behandlung der Lungentuberkulose 538.
G. Paul. Paschens Körperchen 46.
G. Paul-Boncour. Konstitutionelle psycho-motorische Asthenie 557.
Pauli. Säuglingsfürsorge in Lübeck 572.
Pause. Heilung retrobulbärer Erblindung durch Nasenoperation 379.
Pechère. Kolloidales Rhodium in der Kinderheilkunde 44.
M. Péhu und **Favre-Gilly.** Typhus 531.
Péhu und **Pillon.** Therapeutischer Wert von Terpentininjektionen 510.
J. Peiser. Therapie des Pylorospasmus 413 — Klinische Wertung der Urobilinogenurie 520 — Kenntnis der Rumination im Säuglingsalter 307, 550.
Albrecht Peiper. Wintermaximum der Säuglingssterblichkeit 572.
Pekanowitsch. Chemotherapeutische Versuche bei Lungentuberkulose 284.
Rinaldo Pellegrini. Enzephalitis der weißen Hirnsubstanz bei Heredosyphilitikern 540.
Sigismund Peller. Einfluß sozialer Momente auf den körperlichen Entwicklungszustand der Neugeborenen 522.
Pellot und **Calland.** Multiple intestinale Perforation im Verlauf eines Spätrückfalles von Typhus 531.
Van Pelt. Freiluftschulen 575.
Siegfried Peltesohn. Geheilte Distensionsluxation der Hüfte bei Mongolismus 448.
Perez. Ozäna 379 — Ozäna, eine infektiöse und kontagiöse Krankheit 346.
E. Périer. Akute Blinddarmentzündung im Verlauf von Varizellen 550.
Charles Périn. Primäre Demenz- und Epilepsiezustände 557.
H. Perls. Blutuntersuchungen bei rachitischen Kindern 560.
Karl Permin. Pathogenese und Therapie des Starrkrampfes 326.
Emilio Perrero. Thymustod 547.
Perrin. Keuchhusten 531 — Entwicklungsstillstand des Femur 560.
Georg Perthes. Hirschsprungsche Krankheit abdominoanale Kolonresektion mittels der Invaginationsmethode 550.
Pertik. Jodostarin und Jodpräparate 284.
Perutz und **Sippel.** Chemotherapie der Hauttuberkulose 379.
K. Peter. Funktionelle Bedeutung der sogenannten Epithelperlen am harten Gaumen von Föten und Kindern 299.
Peterka. Rezidive bei der chirurgischen Tuberkulose 467.
Peters. Blaue Sklera und Knochenbrüchigkeit 173. — Einfluß der verschiedenen Grade der erblich tuberkulösen Belastung 467 — Angeborene Veränderungen der Sklera 562 — Einfluß der Rachitis auf Körperbeschaffenheit und Leistungen der Volksschulkinder 575.
P. H. Petersen. Unblutige Therapie der Halsdrüsentuberkulose 499.
E. W. Petersen. Kongenitale Zystenniere 552.
A. Petersson und **C. Kling.** Keimträger bei Kinderlähmung 320.
Hugh Peterson und **G. A. Sutherland.** Zerebrale Mißbildung 143.
G. Petit und **F. Marchand.** Infantile zerebrale Hemiplegie mit Idiotie und Epilepsie nach Geburtstrauma 557.
G. A. Petrone. Ätiologie der Anaemia splenica 96.
Auguste Pettit und **P. Mazé.** Milchernährung des Kaninchens 514.
R. Petzold. Melaena neonatorum 544.

W. Pfanner. Spina bifida occulta sacralis mit Blasendivertikel und inkompletter Urachusfistel 568.
v. Pfaundler. Kongenitale Mißbildungen 112 — Mikrobrachyzephalie 112.
Karl Pfeiffenberger. Schilddrüsenstörungen und Kropf bei Schulkindern 547.
Pfeiffer. Lokalbehandlung mit Salvarsan und Neosalvarsan 379.
Pfersdorf und **Stolte.** Ausnutzung von Mehl- und Grießbreien 288.
B. Pfyl und **R. Turnau.** Maßanalytische Bestimmung des Kaseins in der Milch mittels des Tetraserums 518.
Philbert und **A. Broca.** Radiographie von diaphysärer Tuberkulose der langen Röhrenknochen 535.
Philippe und **L. Ribadeau-Dumas.** Pyodermitis 532.
Ferd. Phillippi. Blennorrhoea neonatorum 173, 562.
John Philipps. Ursachen des chronischen Fiebers 508.
John Phillips und **H. O. Ruh.** Larynxangiom 563.
Paula Philippson. Entwicklung junger Säuglinge bei künstlicher Ernährung 7.
Emanuele Leonardo Piazza. Kenntnis der angeborenen medialen Mißbildungen des Halses 568.
A. Pic, P. Dufour und **P. Durand.** Symptomenarme, spät einsetzende kongenitale Zyanose 542.
Rudolf Pick. Pemphigus vulgaris mit Menschenblut behandelt 254
W. Pick. Pemphigus vulgaris 531.
F. Pielsticker und **H. Vogt.** Künstliche Pneumothoraxe 486.
Piffl. Chronische Entzündung der Gaumenmandeln 379 — Waldeyerscher Rachenring 379.
Pillon und **Péhu.** Therapeutischer Wert von Terpentininjektionen 510.
Pineles. Lehrbuch der Organotherapie 455.
Oliviero Pini. Histologische Veränderungen des Knochengewebes bei infantiler zerebraler Hemiplegie 557.
W. J. H. Pinniger. Hämorrhagische Erkrankungen des Neugeborenen 522.
Pironneau. Tonnenform des Thorax 509 — Infektiosität der Säuglingsdiarrhöe 514 — Epidemische Zerebrospinalmeningitis 531 — Paroxystische kongenitale Zyanose 542 — Hämolytischer Ikterus neonatorum 551 — Achondroplasie 560 — Trichterbrust 568.
v. Pirquet. Tafel zur Bestimmung von Wachstum und Ernährungszustand 195 — Bild der Masern auf der äußeren Haut 69 — Wiederkehr der Reaktionsfähigkeit auf Tuberkulin an verschiedenen Körperstellen nach Verschwinden der Masernanergie 85 — Wiederkehr der Reaktionsfähigkeit auf Tuberkulin 531.
Pisek. Säuglingsernährung 514.
Godfrey R. Pisek. Notwendigkeit von Keuchhustenhospitälern in New York 531.
Pisek und **Le Wald.** Röntgenuntersuchungen über die Anatomie und Physiologie des Säuglingsmagens 183.
Goldfrey R. Pisek und **Léon Theodore Le Wald.** Anatomie und Physiologie des kindlichen Magens nach Serienröntgenogrammen 508.
Johannes Piske. Stillsche Krankheit 443 — Interstitielles und subkutanes Emphysem im Verlaufe von Masern 531.
Edward Pisko. Hautkrankheiten bei Schulkindern 561.
Siegfried Plaschkes. Syringomyelie mit Cheiromegalie und reflektorischer Pupillenstarre 558.
W. Plaskuda. Symptomatologie des angeborenen Schwachsinnes 554.
M. Plaut und **R. Kohler.** Rosenbachsches Tuberkulin 484.
Plesch. Dauer der therapeutischen Wirkung des Thorium X 295.
Plesch. Karszak und **Keetmann.** Thorium X in der Biologie und Pathologie 295.
H. Plew. Perforation des Darmes durch Askariden 222.
Poduschka. Behandlung der Tuberkulose mit Tuberkulomuzin Weleminsky 283.
Polligkeit. Fürsorge für abwandernde und abgewanderte Jugendliche vom Standpunkt des Vormundschaftsrechtes 368.
Luigi Pollini. Verteilung der Kalksalze bei rachitischen und tetaniekranken Kindern 520.

Politzer und **G. Brühl.** Lehrbuch und Atlas der Ohrenheilkunde 370.
R. Pollak. Erythema nodosum und Tuberkulose 479 — Tuberkuloseimmunität 479.
Eugen Pollak. Angeborene einseitige Halssympathikuslähmung 558.
Max. Polyneuritis des Akustikus und Fazialis nach Scharlach 396.
Pomorski. Embryoma-teratoma 448.
Richard Ponickau. Lehrerschaft und alkoholgegnerischer Unterricht 575.
A. Pont und **P. Trillat.** Chronologie der Zahnung 562.
Pontoizeau. Medikamentöse Behandlung der tuberkulösen Peritonitis 538.
E. Popper. Abnahme der Tuberkulinempfindlichkeit während Pertussis 251 — Papaverin in der Kinderbehandlung 510.
A. Poppi. Hypophysis cerebri und Zirbeldrüse in der Pathologie 166.
Porcelli. Ätiologie des Keuchhustens 76.
M. Ch. Porcher. Trockenmilch 7, 49.
Ch. Porcher und **P. Sisley.** Ausscheidung der Farbstoffe aus der Milch 8.
O. Porges und **J. Novak.** Azidität des Blutes bei Osteomalazie 560.
Henry Porte. Symptome und Diagnose der Hirschsprungschen Krankheit 550.
Post. Mortalität der hereditären Syphilis 331, 538.
Potel und **Hardouin.** Hodengeschwülste 565.
Vald Poulsen. Rohmilchgerinnsel im Säuglingsstuhl 314.
F. J. Poynton, R. R. Armstrong und **D. N. Nabarro.** Chronische rekurrierende Durchfälle 514, 550.
L. M. Spolverini. Ätiologie und Behandlung des idiopathischen Asthma 543.
Prado-Tagle. Ambulatorische Trinkkurbehandlung mit Thorium X bei perniziöser Anämie 295.
Wilhelm Prausnitz. Säuglingsfürsorge und Wohnungsreform 572.
Price. Amaurotische Idiotie mit positivem Wassermann 558.
John W. Price. Beckenchirurgie 561.
Prince. Juvenile Lähmung bei syphilitischen Epileptikern 540.
Pringsheim, Bessau und **Schwenke.** Diagnostischer und prognostischer Wert der Wiederholung lokaler Tuberkulinreaktionen 478.
Erle Pritchard. Leibschmerzen 43 — Ungewöhnliche Fälle von kindlichem Skorbut 150 — Häufige Irrtümer bei Behandlung und Diagnose von Ernährungsstörungen 514 — Nahrungsbedarf 520.
Prochaska, Jerusalem und **Theumer.** Tuberkulose 488.
St. Progulski. Konservierte Frauenmilch 414.
St. Progulski und **M. Lateiner-Mayerhofer.** Säuglingsernährung in Lemberg 413.
Marcel Prunier. Unterernährung 514.
J. Przedborki. Askarridiasis und Meningitis tuberculosa 442.
W. Pulawski. Behandlung der Diphtherie mit spezifischem Serum 426.
Pürckhauer. Säuglingsfürsorge in kleinen Städten 572.
Frank C. Purser. Myatonia congenita 558.
Putzig. Behandlung des Pylorospasmus 289.
Hermann Putzig. Vorkommen und die klinische Bedeutung der eosinophilen Zellen 523 — Sterblichkeit kranker Säuglinge in den ersten Tagen des Anstaltsaufenthaltes 450, 574.

F. de Quervain. Behandlung der akuten Appendizitis 550.

Marcus Rabinowitsch. Syphilis und Wassermannsche Reaktion bei den Findelsäuglingen 438, 540.
Lydia Rabinowitsch und **Dammann.** Häufigkeit des Vorkommens von Rindertuberkelbazillen 475.
Rabinowitz. Neurologische Fälle aus der Kinderpraxis 558.
E. Rach. Röntgendiagnostik der Lungentuberkulose 329, 479 — Verruköses Bromexanthem 299 — Radiologisch erkennbare Typen der kindlichen Lungentuber-

kulose 435 — Vorzüge der rechten Seitenlage bei der radiologischen Untersuchung des Säuglingsmagens 508 — Radiologische Diagnose endothorakaler Senkungsabszesse 509 — Semiotik des Stridors bei Kinderkrankheiten 543.
Raecke. Geistesstörung und Kriminalität 256, 444, 558.
J. Raczynski. Ätiologie der Rachitis 446.
G. Railliet. Tuberkulose und Würmer 538.
R. Raimondi. Puériculture und Pouponnières 165 — Kinderheime in Frankreich 572.
Emil Raitsits. Pseudolaktation 7.
A. A. Ramsay. Milch 7.
Rammstedt. Operation der angeborenen Pylorusstenose 289.
Walther Raschke. Intelligenzprüfungen und Assoziationsversuche 554.
Hugo Raubitschek. Beziehungen mütterlicher Erkrankungen zu den Organen der Föten und Neugeborenen 521.
Rauch. Heydensche Noviform in der Therapie der Augenkrankheiten 173.
Rauch und **Reichmann.** Meningitistuberkulose 470.
E. W. Raudnitz. Sommerfrische 481.
R. W. Raudnitz. Anzeigen der Nährbehandlung bei Säuglingen 514 — Duktussymptom der Parotitis epidemica 532.
Rawitsch. Epidemische Genickstarre geheilt durch Antidiphtherieserum 277.
Mario Reano. Klinische Untersuchungen über kongenitale Rachitis 560.
Redewill. Poliomyelitis 532.
Reibmayr. Benzolbehandlung der myeloiden Leukämie 295.
A. Reiche. Rückfluß von Pankreassaft in den Magen 42 — Klinisches und Kritisches zur Behringschen Diphtheriebehandlung 274.
F. Reiche. Diphtherie und soziale Lage 426 — Herpes facialis bei Diphtherie 426 — Erkrankungen des Appendix nach Diphtherie 332, 532.
Reichmann. Prognose und Therapie der Meningitis 490.
Reichmann und **Rauch.** Meningitistuberkulose 470.
Reinach. Rahmgemengeernährung nach Schloß 112 — Ausbau der offenen Säuglingsfürsorge in München 572.
O. Reinach. Kasuistik aus der Pathologie des Säuglingsalters 507.
Edwin Reinhardt. Pemphigus neonatorum contagiosus 532.
Reischig. Meningitis purulenta aseptica nach einem intranasalen Eingriff 379.
Alexius Reiss. Pathologie und Therapie der Haemoglobinuria paroxysmalis 139.
Hans Reiter. Vakzinetherapie und Vakzinediagnostik 370.
A. Remy und **Fairise.** Angeborener Kropf 547.
Renault und **Lévy.** Kerningsches Zeichen 444.
E. Renaux. Serologische Reaktionen bei Keuchhusten 532.
Rendu. Heißluftbehandlung der Diphtherie 274.
André Rendu. Schädelbruch 565.
L. Renan. Tuberkulintherapie in der Lungentuberkulose 484.
Repaci. Miliartuberkulose 470.
G. Resinelli. Neuro- und Psychopathien während des Wochenbettes 140.
Ed. Retterer und **Aug. Lelièvre.** Embryonale Verknöcherung der Wirbelsäule 521.
Reuben. Dyspituitarismus 132.
Reuben und **Cleaver.** Oxyzephalie 231.
Mark S. Reuben. Beobachtungen an Säuglingen der Milchstation 450, 572 — Kindersterblichkeit 572.
A. v. Reuss. Abgang von membranösen Schleimmassen mit dem Mekonium 249 — Intrakranielle Geburtsverletzung und eitrige Parotitis 522 — Kongenitale Fazialisparese 558 — Krankheiten des Neugeborenen 361.
v. Reuss und **M. Zarfl.** Chronische Laktosurie seit der Geburt 250.
Rey. Medikamentöse Behandlung der Kindertuberkulose und des Keuchhustens 275 — Medizinische Behandlung der Kindertuberkulose 284.
Reye. Spondylitis infectiosa 214.
v. Reyher. Petustraya. 379.
P. Reyher. Beziehungen der orthotischen Albuminurie zur Tuberkulose 479.

Rhodes. Mehr Interesse für Kinderheilkunde 507.
Ribadeau-Dumas. Eiweißmilch 411 — Barlowsche Krankheit 445 — Kongenitale Dilatation des Kolons 550.
Ribadeau-Dumas und **Boncompain.** Hypertrophische Pylorusstenose 550.
L. Ribadeau-Dumas und **A. Netter.** Choreiforme Manifestationen bei Poliomyelitis 531.
L. Ribadeau-Dumas und **Philippe.** Pyodermitis 532.
L. Ribadeau-Dumas. Maingot und **Albert Weill.** Diagnose der Lungentuberkulose 538.
Richards. Chorea 558.
George Richardson. Verwertung des Rumpel-Leedeschen Phänomens zur Scharlachdiagnose 68 — Anstaltsbehandlung ansteckender Krankheiten 205, 532.
Ch. Richet und **Edmund Lesné.** Organisation des Findelhauses in Stockholm 574.
Richter. Molekular zerstäubtes Quecksilber 278 — Angeborene Pylorusstenose 335 — Geburtshilfliches Vademekum 372.
H. M. Richter. Kongenitale Ösophagusatresie 568.
Georg Richter. Kongenitale Hydronephrosen 552.
Riedel. Tonsillektomie 545.
Bernhard Riedel. Angeborene Harnröhrenverengerungen 552.
Riesman. Lobäre Form der Bronchopneumonie 93.
Gustav Riether. Syphilis und Findelanstalt 218, 538.
Rietschel. Inanition und Zuckerausscheidung 203.
Rietschel, Heidenhain und **Ewers.** Fieber nach Kochsalzinfusionen 416.
C. Eugene Riggs. Juvenile Tabes 558.
Rimpau. Übertragung von Typhus durch Milch in München 532.
Ritter. Behandlung des Keuchhustens 239 — Tuberkulose 488.
J. Ritter. Kommunales Säuglingskrankenhaus und öffentliche Säuglingsfürsorgemaßnahmen der Gemeinde Weißensee 164 — Wesen und Behandlung des Keuchhustens 213, 532.
S. Riva-Rocci. Verhalten des Leibes bei der tuberkulösen Meningitis 479 — Einfluß des Fettes auf die Magenverdauung der Milch 520.
Robertson. Bedeutung der Pirquetschen Reaktion bei chirurgischer Tuberkulose 132.
T. Brailsford Robertson. Globinkaseinat 7.
Jane I. Robertson. Kongenitale Deformität des Herzens infolge abnormaler mechanischer Einflüsse im mißgebildeten Fötus 568.
William Robertson. Isolierung bei Scharlachfieber 321.
T. Brailsford Robertson und **Frederick P. Gay.** Anaphylaktische Wirkung der Kaseinverbindungen 4 — Anaphylaktische Eigenschaften des Globinkaseinats 4.
Wilse Robinson. Syphilis des Nervensystems 540.
W. M. Robson. Enuresis nocturna 558.
H. L. Rocher. Multiple kongenitale Gelenkversteifungen 565.
H. L. Rocher und **R. Mabille.** Angeborene lumbodorsale Skoliose 566.
Roedelius. Optikusatrophie nach Keuchhusten 76 — Vorkommen von Diphtheriebazillen im strömenden Blut 532.
Roeder. Geländebehandlung herzkranker Kinder im Mittelgebirge 454.
H. Roeder. Muskelarbeit und Körperkonstitution 163, 481 — Behandlung der Epilepsie 292, 558 — Ärztliche Vorkehrungen bei der Veranstaltung mehrtägiger Jugendwanderungen 572.
A. Rodiet. Epilepsiebehandlung durch Milchfermente 558.
Rogers. Verwendung der Prüfungsmethoden zur frühen Diagnose geistiger Defekte 226.
P. Rohmer. Wege und Ziele der Säuglingsfürsorge 572.
H. Rohonyi. Kolloidchemische Eiweißstudien 7.
J. Rolland und **Buc.** Purpuraform der Pneumokokkensepsis 532.
Rolland und **Grollet.** Notwendigkeit der Reglementierung des Milchverkehres 572.
Margarete Roller. Berufsvormundschaft als Grundlage des Kinderschutzes in Mähren 368 —

Fürsorgestation der Deutschen Landeskommission für Kinderschutz und Jugendfürsorge in Mähren 572.
Rolleston. Behandlung des Diphtheriebazillus mit Bouillonkulturen des Staphyloc. pyog. aureus 274.
H. D. Rolleston und **E. J. Boyd.** Addisonsche Krankheit mit Verkalkung der Nebennieren 547.
Rollestone. Speiseröhrendiphtherie 379.
Rollier. Sonnenbehandlung der Tuberkulose 488.
Roman und **Ghon.** Pathologisch-anatomische Studien über Tuberkulose 462 — Anatomie der lymphogenen Abflußbahnen der Lungen 536.
C. Römer. Beziehungen zwischen der Funktion der Hypophysis cerebri und Diabetes insipidus 221.
P. Römer. Phthiseogenese 467 — Bakteriologische Diphtheriestudien 303, 532.
Römer und **Siebert.** Reines Tuberkulinpräparat 283.
Römer und **Viereck.** Behandlung und Wesen der Diphtherielähmung 453.
Vittorio Ronchetti. Von akutem Fraenkelschen Diplokokkus herrührende Polyserositis 532.
Röpke. Erfahrungen mit Mesbe 284 — Tuberkulinbehandlung in Klinik und Praxis 484.
Roepke und **Bandelier.** Die Klinik der Tuberkulose 462.
Rosanoff. Diagnostische Bedeutung der Leukozyteneinschlüsse von Döhle bei Scharlach 407.
Rosenau. Übertragung der Poliomyelitis 181.
Oskar Rosenberg. Pachymeningitis haemorrhagica interna 342.
Rosenberg und **Drowatzky.** Erfahrungen mit Tuberkulin Rosenbach 283.
Rosenberg und **Henius.** Marmorekserum in der Behandlung der Lungentuberkulose 283.
F. Rosenberg und **F. Lust.** Ätiologie der Heine-Medinschen Krankheit 427.
Rosenfeld. Physiologie des Großhirnes 124.
Rosenhaupt. Medizinische Behandlung des nervösen Erbrechens 288.
J. Rosenstern. Bemerkenswerte Abweichungen in der zeitlichen Folge der spasmophilen Erscheinungen 316 — Debilitas congenita und spasmophile Diathese 316.
J. Rosenthal und **P. H. Oerum.** Behandlung von Magendarmkatarrh und Atrophie mit Malzsuppe 49, 410.
Felix Rosenthal. Kohlenhydratstoffwechsel bei der experimentellen Diphtherievergiftung 520.
Julien Roshem. Ammen im 16. Jahrhundert 514.
Athole Ross und **A. Eisdell Moore.** Influenzameningitis 532.
Rossiwall. Pyämische Hauterscheinungen nach Scharlach 250.
Rössler. Benzolbehandlung der Leukämie 295.
Rotgans. Angeborene Choledochusanomalie 337.
Rotch. Entwicklung des Kinderhospitals 574.
Thomas Morgan Rotch und **Hunter Dunn.** Erworbene Herzkrankheiten 542.
Paul B. Roth. Epidemie von Poliomyelitis 532.
Roth, Hermann und **Bernstein.** Splenomegalie 501.
Arthur Cecil Hamel Rothera und **Lilias Charlotte Jackson.** Milchzuckergehalt, Leitfähigkeit und Gefrierpunktserniedrigung der Milch 517.
Rothschild und **Léopold-Lévi.** Kleine Schilddrüseninsuffizienz und ihre Behandlung 265.
Rotschild. Chemotherapeutische Erfahrungen mit Jodtuberkulin 283.
Rott. Kinder außerhäuslich erwerbstätiger Ehefrauen und ihre Versorgung 161.
Rott. Edelstein und **Langstein.** Nährwert des Kolostrums 196.
Johann Bapt. Roetzer. Säuglingssterblichkeit in Altbayern 572.
H. Rouèche und **René Marie.** Hämoglobinurie 544.
J. Rouillard und **Henry Claude.** Experimentelle Rachitis bei jungen von thyreoidektomierten Eltern stammenden Tieren 560.
Rousseau-Saint-Philippe. Einfluß des Ipecacuanas bei hartnäckigen Verdauungsstörungen 515.

Rousselot, Variot und **Lavialle.** Überzuckerte kondensierte Milch 289.
C. Roux. Akute Appendizitis 550.
Edm. Roux. Wassermannsche Reaktion beim Neugeborenen 541.
Ch. Rowe. Behandlung des Scharlachs mit Rekonvaleszentenserum und Normalserum 532.
Maurice Roy. Zahnung und Zähne 562.
H. Rozenblat. Tuberkulinbazillen im Blut 432 — Kutane Tuberkulinreaktion 327, 432, 479.
S. M. Rubaschof. Fermentbehandlung der chirurgischen Tuberkulose 485.
Rubel. Angeborene Hypoplasie des Irisvorderblattes 173.
K. v. Ruck. Prophylaktische Immunisierung gegen Tuberkulose 481.
K. v. Ruck und **H. J. Achard.** Spezifische Widerstandsfähigkeit gegen Tuberkulose 538.
Rucker. Scharlach 532.
E. v. Ruckteschell und **H. Nothmann.** Atemgymnastik 543.
R. D. Rudolf. Epidemische Halsdrüsenentzündung 545.
G. A. Rueck. Pneumokokkenseptikämie 532.
H. O. Ruh und **John Phillips.** Larynx-Angiom 563.
G. L. Ruehle, H. A. Harding, J. K. Wilson und **G. A. Smith.** Bakteriengehalt der Milch 4.
Ruhräh. Behandlung des Pylorospasmus 413 — Prophylaxe der Masern 532.
Ludwig Ruland. Findelhaus 366.
Rullson. Säuglingsernährung 515.
W. Rullmann. Rückblicke auf die milchhygienischen Forschungen der letzten 12 Jahre 7, 518.
F. D. Rumjanzeff. Viskosität des Blutes im Verlaufe von Infektionskrankheiten 183, 532.
Ruot. Bacillus lactis fermentens 7.
W. G. Ruppel. Wandlungen der spezifischen Bekämpfung der Diphtherie 324.
F. Rusca. Pertussis 532.
Rusche. Beziehungen der Infektionskrankheiten zum Sehorgan 173.
Ruete. Wert des Aurum Kalium cyanat. bei der Behandlung des Lues 283.
Ruttin. Akute Otitis media 396 — Diffuse Labyrinthentzündung bei der genuinen akuten Otitis 396 — Seröse Labyrinthitis 396 — Traumatische Deviation conjugée nach rechts mit Blickparese nach links 396.
Ryerson. Chirurgie der Kinderlähmung 181 — Chirurgische Behandlung der Kinderlähmung 532.
Ryffel und **Mutch.** Stoffwechsel bei Rektalernährung 298.

Saalfeld. Histopin 292.
Hans Sachs. Beeinflussung der Enzyme der Milch durch Zusatz von Konservierungsmitteln 7.
H. Sachs und **R. Judicke.** Biologisches Verhalten roher und gekochter Milch 5 — Immunisierungs- und Komplementbindungsversuche 517.
N. Sagredo. Würmer und Appendizitis 336, 550.
M. Saidmann. Wirkungen von tryptischen Fermentlösungen auf chirurgische Tuberkulose 485.
Saint-Girons. Bakterielle oder toxische Diarrhöe 414.
Fr. Saint-Girons und **Ch. Achard.** Myxödem nach einer akuten Infektion 555.
Fr. Saint-Girons, A. B. Marfan und **E. Feuillié.** Zytologie der Frauenmilch 517.
Hideo Saito. Röteln 532.
Sakkorafos. Masern 533.
P. Salecker. Infantilismus und ähnliche Entwicklungsstörungen 334.
B. Salge. Behandlung der Rachitis 502.
H. Salin, H. Méry und **A. Wilborts.** Wiederholte Asystolie nach akuter primärer Herzdilatation 542.
Salin und **Hallé.** Maligner Tumor des Mediastinums 156.
H. Salomon. Chylusstühle 520 — Diabetes innocens der Jugendlichen 559.
A. Saltzgeber. Führer für den Vormund insbesondere unehelicher Kinder 572.
Salzer. Partielle Atresia recti analis 255.
H. Salzer. Innere Verletzungen nach Überfahrenwerden 245, 565 — Atresia ani 569.

Salzmann. Anämischer Fundus 173.
Oskar Salzmann. Kasuistik der Porenzephalie 558.
S. Samelson. Energiebedarf in den ersten Lebensmonaten 310 — Dungersche Syphilisreaktion bei Lues congenita 331 — Mangelnde Gewichtszunahme bei jungen Brustkindern 515.
S. Samelson und **Irmgard Engel.** Energiequotient des natürlich und künstlich genährten Säuglings 3, 310.
Ubaldo Sammartino. Milchsekretion und subkutane Injektion von Kohlehydraten 518.
G. Sampietro und **D. de Blasi.** Bacterium coli und verwandte Gruppe bei den Säuglingsdiarrhöen 512.
H. Samter. Gemeinden und Säuglingsfürsorge 159.
Riccardo Sanfelici. Milch 7.
Paul Santy und **André Challer.** Riesige Spina bifida 567.
P. Santy und **P. Couvert.** Spina bifida mit erfolgreicher Operation 567.
Leo v. Sarnowski. Erythrodermia desquamativa 561.
C. H. Sattler. Skrofulöse Augenleiden und ihre Behandlung 563.
Saunders, Meisenbach und **Wisdom.** Ursache und Verhütung der Kinderlähmung 533.
P. W. Saunders. Sensible Störungen bei der Friedreichschen Krankheit 558.
Savariaud. Knochen- und Gelenkerscheinungen der hereditären Syphilis 541 — Verbrennungen 565.
Savariaud und **Zaepffel.** Postdiphtherische laryngotracheale Narbenstenose 563.
Th. Savini-Castano und **E. Savini.** Tay-Sachssche familiäre amaurotische Idiotie 145.
Sawyer und **Herms.** Übertragung der Poliomyelitis mittels der Stallfliege 181.
Saxl. Kalziumtherapie 293.
A. Schaap und **W. C. de Graaff.** Milch 4.
Schabad. Anomales Scharlachexanthem 207.
Alex. Schackwitz. Wasserstoffionenkonzentrationen im Ausgeheberten des Säuglingsmagens 300, 508.
E. A. Schäfer. Einfluß der Hypophyse und des Corpus luteum auf die Milchdrüse 7.
Hermann Schaefer-Hieber. Phagozytose bei akuten Infektionskrankheiten 533.
Hermann Schall. Berechnete ärztliche Kostverordnungen 125.
Hermann Schall und **August Heißler. Nahrungsmitteltabelle** zur Aufstellung und Berechnung von Diätverordnungen 373.
Schanz. Prophylaxe der Diphtherie 379 — Skoliosenbehandlung 566.
Scharnke. Enuresis und Spina bifida occulta 552.
Schaub und **Neuhaus.** Kuhmilchidiosynkrasie bei Säuglingen 199.
Richard Scherb. Dorsalflektierende Wirkung des M. peroneus brevis am Fuße 340.
H. Schelbe. Tuberkulose im Kindesalter 462 — Pathologie der Kindertuberkulose 470 — Ernährungsstörungen 515.
H. Schelbe und **G. Franke.** Sammelreferate über Tuberkulose 461.
Scheltema. Kolizystopyelitis und Alkalizität des Harnes 505.
M. W. Scheltema. Alkaptonurie 494.
Kurt Schern. Labhemmprobe 7.
Emil Schepelmann. Fraktur und Heißluft 348.
Scherescheswsky. Einfluß der Hitze auf die Säuglingssterblichkeit 232 — Hitze und Kindersterblichkeit 573.
Schick. Bericht über die Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde zu Wien 244.
G. Schickele. Einfluß der Ovarien auf das Wachstum der Brustdrüsen 7.
Rudolf Schild. Bakteriologische Befunde bei Bazillenruhr 325, 533.
Schindler. Salvarsantod 457.
Schippers. Wiederkäuen 491 — Rumination 515.
J. C. Schippers und **Cornelia de Lange.** Epidemie der Heine-Medinschen Krankheit in den Niederlanden 74, 318.
Hans Schirokauer. Zuckerstoffwechsel bei Lymphatismus der Kinder 520.
A. Schkarin und **W. Kufajeff.** Wirkung von Solbädern auf den kindlichen Organismus 59.

Schlemmer. Panantritis 379 — Nebenhöhlenerkrankungen 563.
Schloffer. Operative Behandlung der Sehstörungen bei Turmschädel 173.
Schloms. Schädigungen des Auges durch Kalomeleinstäubungen in den Bindehautsack 173.
Schloß. Behandlung der Rachitis auf Grund von Stoffwechseluntersuchungen 234 — Behandlung der Rachitis mit Lebertran, Kalk und Phosphor 293.
O. M. Schloß. Ätiologie der sogenannten hämorrhagischen Krankheiten der Neugeborenen 544.
Ernst Schloß. Therapie der Rachitis 152 — Wirkung von Phosphorlebertran, Calcium aceticum und organischen Kalkphosphaten auf den Stoffwechsel des natürlich ernährten rachitischen Kindes 313 — Wirkung von organischen und anorganischen Kalkphosphorpräparaten auf den Stoffwechsel des natürlich ernährten rachitischen Kindes 314.
Ernst Schloß und **Leonhard Frank.** Trikalziumphosphat als Knochenbildner 520.
Ernst Schloß und **Erich Müller.** Herstellung der wichtigsten Nahrungsmischungen für den Säugling im Privathause 412, 518.
Schloeßmann. Chirurgische Erkrankungen durch Askariden 550.
Artur Schloßmann. Keimfreie Rohmilch 7 — Untersuchungen und Erwägungen über den Hunger 520.
A. Schloßmann und **H. Murschhauser.** Stoffwechsel im Hunger 493 und 494 — Einfluß der vorangegangenen Ernährung auf den Stoffwechsel im Hunger 416.
Schmedin. Maul- und Klauenseuche beim Menschen 379.
Hans Schmelzle. Berechnung der Säuglingssterblichkeit 573.
Schmerz. Röntgentherapie der chirurgischen Tuberkulose 488.
Schmidt. Behandlung von Darmkrankheiten mit Sauerstoff 288.
H. Schmidt. Tannismut in der Kinderpraxis 510 — Säuglingsberatungsstelle und -milchküche München-Westend 573.
Gustav Schmidt. Kasuistik der Übertragung von Maul- und Klauenseuche 518.
Rudolf Schmidt. Ferment im Darminhalt 520.
Schmincke. Laugenverätzung des Ösophagus 97 — Noma 97 — Salzsäureverätzung des Ösophagus 97 — Schwere gangränescierende Diphtherie bei Scharlach 97 — Abszeßbildung 98 — Eitrige Meningitis 98 — Stauungsblutungen im Hirn mit Haemocephalus externus 98 — Struma congenita 98 — Turmschädel 98 — Aplasie der linken Niere und des linken Ureters 99 — Blasenstein 99 — Erweiterung der Harnröhre 99 — Juvenile Zirrhose 99 — Kontusion des Bauches 99 — Tuberkulöse Keilherde 99 — Tuberkulose des Ductus thoracicus 113 — Adenosarkom 114 — Aplasie der linken Hälfte des Zwerchfelles 114 — Durchbruch einer käsigen Bronchialdrüse 114 — Gangrän des rechten Fußes 114 — Lymphogranulomatosis 114 — Obturierende Thrombose der Vena cava inferior 114 — Organe eines syphilitischen Neugeborenen 114 — Symmetrische Porenzephalie 114 — Teratom des linken Leistenhodens 114 — Abrachius 115 — Echte Zwerchfellshernie 115.
Karl E. F. Schmitz. Kenntnis der Diphtherie- und der sogenannten Pseudodiphtheriebazillen 533.
Woldemar Schmitz. Pathogenese und Klinik des Icterus neonatorum 551.
Walter Schneider. Blutuntersuchungen bei Keuchhusten 429.
Schnirers Taschenbuch der Therapie 168.
N. I. Schochor, W. L. Jakimoff und **N. K. Koll-Jakimowa.** Technik der Analyse behufs Feststellung von Leishmaniosis 78.
Scholder und **Weith.** Lordotische Albuminurie in den Schulen Lausanne 553.
Franz Schönbauer. C. M. Frank Kinderspitalsstiftung 574.
Ernst Schorsch und **Gustav Brühl.** Fürsorge der Stadt Berlin für schwerhörige und taube Schulkinder 574.

F. Schotten. Kongenitaler Defekt der Gallenausführungsgänge 136.
E. Schrader. Ungewöhnliche Laktation 7.
Schrammen. Diphtheriebazillenträger in einem Kölner Schulbezirk 65.
Schreiber. Prophylaxe und Therapie der Diphtherie 273 — Serotherapie des Scharlachs 275 — Diphtherie 299.
E. Schreiber. Aktive Diphtherieimmunisierung nach Behring 495, 533.
Schreiber und **Dorlencourt.** Einfluß der Hitze auf junge Hunde 42.
G. Schreiber und **P. Nobécourt.** Eiweißmilch 6.
Schreiber und **A. Tomaszewski.** Behandlung des Hydrozephalus durch Balkenstich nach Brahmann-Anton 444.
Schroeder. Rohe und erhitzte Kuhmilch 200.
E. S. Schroeder. Bacillus abortus 7.
v. Schrötter. Tuberkulose 488.
Schrumpf. Spezifische Tuberkulosetherapie nach Maragliano 283.
S. B. Schryver. Kaseingerinnung 7.
Marie Schubert. Behandlung der Furunkulose mittels Thermokauter 446.
Schüffner und **Vervoort.** Ol. chenopodii 290.
W. Frederick Schultz. Gefahren der Kohlehydratüberfütterung 515.
W. Schultz und **L. R. Grote.** Abderhaldensches Dialysierverfahren bei Scharlach 533.
Schultze und **Goldberger.** Vakzinebehandlung 496.
F. C. R. Schulz. Erfahrungen mit dem Galle-Diphtherienährboden 45 — Serumkrankheit 304.
Hugo Schulz. Behandlung der Diphtherie mit Zyanquecksilber 453.
Johann Schürer und **Georges L. Dreyfus.** Pathogenese und Therapie der postdiphtherischen Polyneuritis 526.
J. Schürer und **F. Weihe.** Ruhr 534.
W. Schürmann. Bakteriologische Diphtheriediagnose 533.
W. Schürmann, O. Hartoch und **O. Stiner.** Einwirkung des ultravioletten Lichtes auf das Diphtherietoxin 510.
Schüssler und **Gangele.** Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkulosemittel 330.
G. Schuster und **Max Neisser.** Leistungsfähigkeit der bakteriologischen Diphtheriediagnose 531.
Schütte. Krebs der Pankreas bei einem jungen Mädchen 337.
G. Schütz und **L. Wein.** Beurteilung der Milchverfälschung auf Grund der Lichtbrechung des Serums 7.
Schütze. Kalziumtherapie 284.
E. Schwalbe. Morphologie der Mißbildungen des Menschen und der Tiere 125 — Wert des Vergleiches menschlicher und tierischer Mißbildungen 569.
E. Schwalbe und **H. Brüning.** Handbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie des Kindesalters 118.
E. Schwalbe und **H. Josephy.** Zyklopie 125.
Schwarz. Anwendung des Bazillus bulgaricus bei Gastroenteritis 515.
Emil Schwarz. Wesen der Eosinophilie 523.
Erwin Schwarz. Spontane Epiphysenlösung 566 — Coxa vara congenita 566, 569.
F. Schweizer. Thymushypertrophie 547.
Johanna Schwenke und **Georg Bessau.** Diagnostischer und prognostischer Wert der Wiederholung lokaler Tuberkulinempfindlichkeit 328.
Schwenke, Bessau und **Pringsheim.** Diagnostischer und prognostischer Wert der Wiederholung lokaler Tuberkulinreaktionen 478.
E. W. Scott Carmichael und **A. Dingwall Fordyce.** Tuberkulose des Nasenrachenraumes und der Zervikaldrüsen 536.
George Dow Scott. Säuglingsskorbut 559.
J. C. Scott und **J. Ott.** Hormone der Milchsekretion 7.
Charles L. Scudder. Pylorusstenose 550.
Sebilleau. Behandlung des Erbrechens 289.
Julius Parker Sedgwick. Spasmophilie mit spezieller Berücksichtigung familiärer Reaktionen und gehäufter Absenz 523.

J. P. Sedgwick und **W. P. Larson.** Komplementfixationsreaktion bei Verwendung des Bac. abortus als Antigen 192, 510.
K. Sedziuk. Magenverdauung 406 — Engel-Turnausche Reaktion im Säuglingsalter 412.
Seefelder. Mißbildungslehre des Auges 173 — Verschluß der fötalen Augenspalte 173.
Friedrich von Segesser. Fasten als Heilmethode 168.
L. Seitz. Innere Sekretion und Schwangerschaft 266.
A. Seitz. Sekundäre Appendizitis bei Scharlach 533.
A. Selinoff. Herz, Ganglien desselben und der Plexus solaris bei Scharlach 209.
Andrew Watson Sellards. Wesentliche Eigentümlichkeiten der Azidose und ihr Vorkommen bei chronischer Nierenerkrankung 552.
Hugo Selter. Handbuch der Deutschen Schulhygiene 265.
Senator. Ätiologischer Zusammenhang zwischen Rheumatosen und nasalen Erkrankungen 379.
Sendziak. Einfluß der Operationen an der Nase auf die Basedowsche Krankheit 380.
L. Senleco. Meningitis syphilitica 541.
Sequeira. Pityriasis rubra pilaris 561.
Sever. Körperhaltung im Verhältnis zur Lage des Magens 42.
James Warren Sever. Lage des Magens bei Kindern 300, 508.
Sevin. Purpura und Tuberkulose 538.
Sexton. Guajakolvergiftung 407.
A. Sézary. Kutane Tuberkulinreaktion im Verlauf akuter Infektionskrankheiten 533.
Sgalitzer und **Holzknecht.** Papaverin zur röntgenologischen Differentialdiagnose zwischen Pylorospasmus und Pylorusstenose 289.
Louis Shalet. Tuberkulose und v. Pirquetsche Reaktion 538.
Sharp. Verhältnis der Landryschen Paralyse zur Poliomyelitis 501.
Edward A. Sharp und **L. Pierce Clark.** Rolle der Heredität in der Auslösung der Epilepsie bei an zerebraler Kinderlähmung leidenden Kindern 227, 548.
Henry L. K. Shaw. Ärztliche Überwachung des Kindes zwischen Säuglings- und Schulalter 573.
Sheffield. Fehldiagnose in der Kinderheilkunde 509.
Herman B. Sheffield. Miliartuberkulose 538 — Akute Darminvagination 550.
Delepine Sheridan. Milchkontrolle und tuberkulöse Säuglingssterblichkeit 472.
Sick. Chirurgische Prophylaxe des akuten Schnupfens mit Salizyl 380.
Siebert und **Römer.** Reines Tuberkulinpräparat 283.
E. Sieburg. Chemie der Hydrozephalusflüssigkeit 417.
Siegel. Y-Ruhr bei Säuglingen 73.
E. Siemerling. Meningitis nach follikulärer Angina 380, 533.
Silberzweig. Augenläsionen bei kongenitaler Lues 541.
E. Mather Sill. Vakzinebehandlung des Keuchhustens 533.
Silvan. Tonsillen als Eintrittspforten des Tuberkelbazillus 472.
Julien Silvestre. Symptomatologie und Behandlung des Erbrechens 515.
G. Simon. Röntgenologischer Nachweis des primären Lungenherdes bei der Bronchialdrüsentuberkulose 479.
P. Simon und **Jacquot.** Meningitis cerebrospinalis am Hospital in Nancy 533.
M. Simmonds. Tuberkulose der Hypophysis 538 — Syphilitische Erkrankungen der Hypophysis, insbesondere bei Lues congenita 547.
John F. Sinclair. Untersuchungen über Vulvovaginitis vermittels Uretroskops 339, 553.
Grete Singer. Abderhaldensches Dialysierverfahren 547.
Sippel und **Perutz.** Chemotherapie der Hauttuberkulose 379.
P. Sisley und **Ch. Porcher.** Ausscheidung der Farbstoffe aus der Milch 8.
A. E. Sitsen. Megacolon congenitum 551.
Luigi Sivori und **Dario Caffarena.** Bakterielle Wirksamkeit der antitoxischen Diphtheriesera 533.
St. Skalski. Blattern in Lodz 420.
Olaf Skar. Verhalten der Leukozyten der Milch bei der methylenblauen Reduktionsprobe 8.

Skoog und **Gibson.** Poliomyelitis acuta 533.
A. Skorodumoff. Nukleinsäurebehandlung bei Scharlach 66.
Paul Skowaczewski. Hörvermögen der Deszendenz kongenitaltauber Eltern 563.
B. Slowtzoff, V. Soudacowa und **P. Glagolew.** Labwirkung 8.
E. Sluka. Hilustuberkulose im Röntgenbilde 479.
van Slyke und **Bosworth.** Verhütung der Labgerinnung der Milch durch Natrium citricum 516.
A. B. Smallman. Leishmaniosis 533.
Isabelle Thompson Smart. Frühzeitige Erkenntnis geistiger Rückständigkeit 554.
Smith. Infektiöse Diarrhöe 198 — Behandlung der Vulvovaginitis 442 — Organisierte Säuglingspflege 510 — Organisationen einer Ambulantenabteilung 574.
Eustace Smith. Vermeidbare Schwierigkeiten bei der künstlichen Ernährung 51.
Garret Smith. Organisierte Zusammenarbeit in der Säuglingsfürsorge 573.
W. Mitchell Smith. Meningitis 533.
Richard M. Smith. Akute Diarrhöe 515 — Vulvovaginitis 224, 553.
Archibald Smith und **C. S. Mac Kee.** Gonorrhöe 139 — Urethritis durch Gonokokken 553.
G. A. Smith, H. A. Harding, G. L. Ruehle und **J. K. Wilson.** Bakteriengehalt der Milch 4.
Smurlo. Unter der Form gewöhnlicher Eiterung verlaufende Diphtheritis des Mittelohres 396.
Snellen. Ursache des Strabismus convergens concomitans 173.
Oskar von Sobbe. Milchchemisches Praktikum 8 — Spezifisches Gewicht der Milch 518.
Sobel. Hindernde Vorurteile und Aberglauben bei der Schulaufsicht 575.
W. Sokoloff. Verwendung von Eiweißmilch 197.
Sommer und **Bruck.** Diagnostische und therapeutische Verwertbarkeit intravenöser Arthigoninfektionen 277.
F. Sommer und **B. Hahn.** Behringsches Schutzmittel bei Diphtherie 211.
Sonnenberger. Tuberkuloseempfänglichkeit im frühen Kindesalter 479.
E. Sorel. Histologische Untersuchungen der fötalen Lunge in der gerichtlichen Medizin 521, 569.
Sörensen. Konservativ behandelte periurikuläre, subperiostale Abszesse bei Scharlach 207.
E. Sorrel und **R. Beusaude.** Kolondilatation 546.
V. Soudacowa, B. Slowtzoff und **P. Glagolew.** Labwirkung 8.
Southworth. Kind der Gegenwart 507.
H. S. Souttar. Intussuszeption 134 — Operative Nachbehandlung der Kinderlähmung 533 — Kontraktur des Hüftgelenkes nach Poliomyelitis 566.
C. B. Spalding. Genu valgum 567.
Spangler. Behandlung der Epilepsie mit Krotalininjektionen 292.
Speese. Hypertrophie 560.
Sperk. Schwaches Kind 253.
B. Sperk. Morbus Barlow 250 — Klinische Beobachtungen über Dermatitis exfoliativa 562.
Fritz Spieler. Wiener Rötelnepidemie 533.
Spieß. Anwendung von Antistreptokokkenserum 380 — Konservative Behandlung hypertrophischer Gaumenmandeln 380.
Spiethoff. Therapeutische Verwendung des Eigenserums 292.
W. Spirig. Hereditäre Disposition bei Diphtherie 322.
W. Spitzmüller und **Peterka.** Heliotherapie der chirurgischen Tuberkulose und Skrofulose 488.
Hans Spitzy. Sehnentransplantation bei Poliomyelitis 255 — Körperliche Erziehung des Kindes 452 — Sehnenplastik nach abgelaufener poliomyelitischer Lähmung 533.
L. M. Spolverini. Ätiologie und Therapie des Asthma essentiale 94 — Kenntnis des kindlichen Skorbuts 559.
Ssamoylenko. Reorganisation des Knorpels der Nasenscheidewand 380.
H. Stadler. Magnesiumsulfatbehandlung des Tetanus 533.
Staeps. Mutterschutz- und Säuglingsfürsorgeeinrichtungen der

Aktiengesellschaft für Anilinfabrikation im Greppin-Werke 573.
Stähli. Persistenz von Resten des fötalen Pupillarmembrans 173 — Anatomie und Pathologie der Lues hereditaria tarda oculi 174.
Carl Stamm. Multiple Sklerose 558.
Chas. A. Stammel jun. Allgemeines Hautemphysem bei Keuchhusten 533.
Douglas Stanly. Osteomyelitis des rechten Oberkiefers 566.
Stangardt. Ätiologie der parenchymatösen Keratitis 174 — Familiäre, progressive Degeneration in der Makulagegend des Auges 174.
St. Starkel. Nebennieren in pathologischen Zuständen 440.
v. Stauffenberg. Infantilismus 547.
Russell Steele. Erbsyphilis 541.
Steensma. Familiäre orthostatische Urobilinurie 339.
K. Steffenhagen. A. Weber. Mit Perlsucht infizierte Kinder 476.
Joseph Stehlik. Kuhmilchhämolyse 8.
Steiger. Entstehung der sphärischen Refraktionen des menschlichen Auges 174.
Steinhaus. Einfluß geschlossener Wanderungen 481.
Gabriel Steiner. Familiäre Anlagen zur Epilepsie 558.
Franz Steinitz und **Richard Weigert.** Erfahrungen mit Molkensuppe 8.
Steinschneider. Colitis pseudomembranacea 134 — Masern bei einem 9 Tage alten Säugling 322.
Emanuel Steinschneider. Masern 534.
Stenart. Röntgenbehandlung der vergrößerten Tonsillen und adenoiden Vegetationen 285.
Stephani. Ätiologie der Masern als Schulkrankheit 534 — IV. Internationaler Kongreß für Schulhygiene in Buffalo 575.
Stepp. Beeinflussung der Lungentuberkulose mit Mentholthymolschmierseife 284 — Lipoidfreie Ernährung und ihre Beziehungen zu Beriberi und Skorbut 520.
W. Stern. Anwendung der Psychoanalyse auf Kindheit und Jugend 554.
Wilhelm Sternberg. Nahrungsbedürfnis, Appetit und Hunger 456.
Ad. Stetter. Zusammensetzung der Ziegenmilch 518.
H. Stettiner. Säuglingschirurgie 239, 347.
Ernst Stettner. Beeinflussung der Katalysatorentätigkeit des Blutes und von Gewebeflüssigkeiten 509.
W. Steuart. Behandlung der adenoiden Vegetation und Tonsillenvergrößerung 97.
D. A. Stewart, A. T. Laird und **George L. Kitt.** Vorkommen der Tuberkelbazillen im Stuhl 87.
Stheeman. Masern 506.
Ewald Stier. Psychiatrie und Fürsorgeerziehung 554.
N. T. Stiftar. Anatomisch-histologische Besonderheiten in der Struktur des Pankreas von Frühgeborenen 182.
H. J. Stiles. Tuberkulose 472.
Still. Keuchhusten 275.
O. Stiner. W. Schürmann und **O. Hartoch.** Einwirkung des ultravioletten Lichtes auf das Diphtherietoxin 510.
Ralph Stockman. Anwendung der Salizylsäure bei Rheumatismus 44.
K. Stolte. Störungen des Längenwachstums 151 — Grundlinien der Ernährungstherapie bei akuten Ernährungsstörungen 193.
Stolte und **Pfersdorf.** Ausnutzung von Mehl- und Grießbreien 288.
Max Stoltz. Vaginale Untersuchung der Kinder 509.
Stöltzner. Larosan 288 — Tetaniekatarakt 155.
Stolzenberg und **Felten.** Traumatische solitäre Knochenzysten 348.
Stommel. Erfahrungen mit Tuberkulin Rosenbach bei Behandlung der internen Tuberkulose 437.
James S. Stone. Inguinalhernien 566.
Emil Storath. Beziehungen der Friedländerotitis zur Kapselkokkenotitis 396.
Erich Stoerk und **Ottokar Horak.** Klinik des Lymphatismus und anderer Konstitutionsanomalien 122.
H. C. Storrie. Hämorrhagische und gangränöse Varizellen 534.
S. Stoesser. Ätiologie und Therapie der Osteomalazie und Rachitis 152.

Stowell und **Hillard.** Anginainfektion 380.
Berel Straßburg. Gitterfasern der Leber bei kongenitaler Syphilis 541.
Straßmann. Tod der Kinder mit Rücksicht auf den gerichtlichen Standpunkt 569.
Ludwig Straeter. Statistik der Knochen- und Gelenktuberkulose 329.
Strathy und **Campbell.** Erfolge der Salvarsanbehandlung bei angeborener Spätsyphilis 91 — Salvarsanbehandlung bei kongenitaler Spätsyphilis 541.
Strauch. Systematische Jodpinselung des Rachens zur Beseitigung von Diphtheriebazillen 274.
August Strauch. Imitations- und Induktionskrankheiten 443, 558.
Strauß. Primärer chronischer Gelenkrheumatismus 255 — Fortschritte in der Behandlung von Albuminurie und Nephritis 297 — Tuberkulose 485.
H. Strauß. Praktische Winke für chlorarme Ernährung 456 — Pubertät und Zeitpunkt besonderer Kräftigung für die Schuljugend 575.
W. Strauß. Primär chronischer Gelenkrheumatismus mit allgemeiner Lymphdrüsenschwellung 534.
Streit. Vergleichende Bakteriologie der Nase und des Mundes 380.
Hermann Streit. Histologie und Pathologie der Meningitis und Sinusthrombose 396.
N. Stricker. Tuberkulindiagnostik 479, 538.
Francesco Strina. Otitis media 563.
Ströbele. Einfluß der Arbeitsleistung der Kühe auf Milchmenge und Fettgehalt 8.
Stucky. Folgezustände der radikalen Tonsillektomie 380.
Stuelp. Familiärer Mikrophthalmus congenitus bei Geschwistern 174.
Sturm. Tuberkelbazillen im Blut von Tuberkulösen 476.
John A. L. Sutcliffe und **G. D. Elsdon.** Milch 3.
G. A. Sutherland. Poliomyelitische Lähmung der Bauchmuskeln 534.
J. R. Sutherland. Ulzeration der Kornea 502.
P. L. Sutherland und **A. A. Jubb.** Chronische Infektion der Lunge 93.
G. A. Sutherland und **Carey F. Coombs.** Akute rheumatische Karditis und Vorhofflimmern 542.
G. A. Sutherland und **Hugh Peterson.** Zerebrale Mißbildung 143.
G. de Swietochowski. Volkmannsche isogämische Kontraktur der Hand 158.
A. Swift. Stimmenphänomen bei Chorea 490.
Sylvester. Tragische Seite des Keuchhustens 534 — Diagnose und Symptomatologie der Thymushypertrophie 547.
Lorenzo Sympa. Laktose 8.
Synnott. Bescheinigung der Milch 202.
Syrenskij. Primäre Toxizität des Blutserums des Menschen im Verlaufe von Infektionskrankheiten 407.
Michael Szabo. Anwendung der jodhaltigen Antiseptika bei Ekzemen 562.
A. v. Szily. Embryologische Grundlagen der Mißbildungen des Auges 173, 569.
P. v. Szily. Prophylaxe des luetischen Abortes und der Säuglingssyphilis 217.
Felix v. Szontagh. Kontagiosität infektiöser Krankheiten 418, 534.

Takashima. Hydrophthalmus congenitus 174 — Komplizierte hereditär-familiäre Optikusatrophie 174.
Takei und **Kinoshita.** Optische Eigenschaften der Milch der an Kakke Leidenden 5.
Talbot. Ammenproblem 515.
Jean Talent. Behandlung der Sydenhamschen Chorea durch Salvarsan und Neosalvarsan 558.
Tallant. Multiple Mißbildung 350.
Alice Weld Tallant. Multiple kongenitale Mißbildungen 569.
J. Tandler. Zeitschrift für angewandte Anatomie und Konstitutionslehre 126.
Tanon. Martel und **Chrétien.** Agglutination des Micrococcus melitensis 510.
Tasawa und **A. Biekel.** Beziehungen des Lichtes zur Blutbildung 333.
Albert Tassius. Ophthalmoblenorrhoea neonatorum 563.
E. S. Taylor. Zerebrale Ataxie 558.

V. Tedeschi. Lehre von Ernährungsstörungen 515.
J. Teissier. Behandlung der sogenannten funktionellen Albuminurien 553.
M. Teissonnière und **L. d'Astros.** Wassermannsche Reaktion beim Neugeborenen und Säugling 539.
F. D. Telford. Kongenitale Bronchozele 569.
Terman. Jugendlicher Selbstmord 558.
E. Tezner. Spezifizität der Pirquetschen Reaktion 476.
Th. E. Hess Thaysen. Akute nicht spezifische Pneumonien der ersten Lebenstage 331.
Theumer, Prochaska und **Jerusalem.** Tuberkulose 488.
W. Thiede. Elektrische Sicherheitscouveuse 61.
Thiele. Schulkinder mit offener Lungentuberkulose 538.
Thiemich. Behandlung der Krämpfe 293 — Verwendung von Medikamenten bei der Behandlung kranker Kinder 302.
Martin Thiemich. Amenorrhöe der Stillenden 409, 518.
J. Thiers und **Henri Dufour.** Übertragung der Tuberkulose von der Mutter auf den Fötus 536.
Thierry-Detaille. Kindersterblichkeit in den ersten vier Lebenswochen 522.
Thirard. Fürsorgestelle in Evreux 573.
Thies und **Agricola.** Ätiologie und Therapie der sekundären Netzhauttuberkulose 171.
Karl Thies und **Fritz Thies.** Operative Behandlung der chronischen Mittelohreiterung durch Freilegung der erkrankten Mittelohrräume vom äußeren Gehörgange aus 396.
Thomas. Behandlung der Geburtslähmung 553.
E. Thomas. Experimentelle Beiträge zur Frage der Beziehungen von Infektion und Ernährung 490 — Biologie der Kolostrumkörperchen 8, 309 — Arachnodaktylie mit Schwimmhautbildung und einer eigenartigen Ohrmuscheldeformität 569.
Oluf Thomsen. Poliomyelitis 5, 134.
Thorspecken. Spasmophilie 317.
H. v. Thun. Kongenitale Obliteration des Dünndarmes 133.
D. Tibone. Beziehungen zwischen Menstruation, Stillen und Säugling 48, 515.
Tiedemann. Rachenmandeltuberkulose beim Erwachsenen 380.
Alexander Tietze. Lebertuberkulose 330.
Tillaye. Familiäre hereditäre Osteopsathyrosis 560.
Tilmant. Prophylaxe der Infektionskrankheiten in Krippen und Milchküchen 573.
Tilp. Hochgradige Verfettung der Nebennieren 553.
Thiroloix und **Bardou.** Intravenöse Typhusschutzimpfung 276.
Tixier. Wassermannsche Reaktion bei Kindern mit hereditärer Syphilis 507 — Wassermannsche Reaktion 541 — Hämorrhagische Erkrankungen 544.
L. Tixier und **L. Babonneix.** Hemiplegie bei einem hereditär-syphilitischen Kinde 539.
Adele Tobias. Prognose und Ätiologie der Kinderhysterie 147.
Tobler. Behandlung des akuten Brechdurchfalles 515.
L. Tobler. Breslauer Epidemie von Erythema infectiosum 344 — Behandlung der bedrohlichen Nahrungsverweigerung und Anorexie 308, 515.
A. Tomaszewski und **Schreiber.** Behandlung des Hydrozephalus durch Balkenstich nach Brahmann-Anton 444.
Tooker. Untersuchung über 575 Schulkinder 575.
Toeplitz. Nasen- und Rachenuntersuchungen einer Anstalt für jugendliche Verbrecher 563.
Gerhard Töppich. Porosität der Knochen des Neugeborenen 522.
Török und **Bugarsky.** Cadogel, ein neues Teerpräparat 292.
Emerich v. Tothfalussy. Hasenscharte 569.
Tracy und **Knox.** Ausscheidung der Phosphate 493.
Trautmann. Halslymphdrüsentuberkulose in ihrer Beziehung zu Tonsillen und Lunge 472.
Gottfried Trautmann. Technik der extrakapsulären Totalexstirpation der Tonsille 545.
Traver. Hämophilie behandelt mit menschlichem Blutserum 296.
Trawick. Heredität und Kinderwohlfahrt 507.

Treplin. Behandlung der kindlichen Tuberkulose an der See 437 — Tuberkulose 488.
André Trèves. Heliotherapie bei chirurgischer Tuberkulose 538.
Triboulet. Behandlung der Pyodermitis 446.
H. Triboulet und **H. Godlewski.** Orale Anwendung von Meerwasser bei akuten Gastroenteritiden 515.
Triboulet und **Levy.** Subkutane Injektionen von Urotropin zur Typhusbehandlung 276.
Alfred Tridon. Raynaudsche Krankheit 562.
P. Trillat und **A. Pont.** Chronologie der Zahnung 562.
Ugo Trinci. Angeborener Hallux varus 567.
Troitzky. Die Meinungen Chr. W. Hufelands über die Pädiatrie im Lichte der Jetztzeit 182.
J. W. Troitzky. Arythmien des Kinderherzens 92.
C. Trömmer. Hypnotismus und Suggestion 558.
Trumpp. Diagnostik und Therapie der Oxyurasis 222.
Trumpy. Morbillenepidemie 68, 534.
J. C. Trumpy. Beobachtungen während einer Masernepidemie 424.
Kurt Tucholsky. Psychologie des Lebens 554.
Tugendreich. Mongolismus 237.
Gustav Tugendreich. Ernährung und Pflege des Kindes im ersten und zweiten Lebensjahre 515 — Prognose der Säuglingstuberkulose 479, 539.
Henry Enos Tuley. Beziehungen der Milch zur Kindersterblichkeit 518 — Säuglingssterblichkeit 573.
Ruth Tunnicliff. Bei akuter Rhinitis gefundener anärober Mikroorganismus 564.
Laura Turnau. Diphtherie 534.
R. Turnau und **B. Pfyl.** Massanalytische Bestimmung des Kaseins in der Milch mittels des Tetraserums 518.
Tzarklès. Diabetes insipidus und Hypoazoturie 559.

A. Uffenheimer. Kasein 8 — Bericht der Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde 97, 352 — Heine-Medinsche Krankheit in Bayern 99, 534.
Uffenorde. Klinik der Eiterungen des Ohrlabyrinthes 396.
Uhthoff. Periodische und kontinuierliche Schwankungen im Durchmesser der Pupille bei angeborener, linksseitiger Okulomotoriuslähmung 174.
W. Uhthoff. Frühzeitig erworbene Amaurose infolge von Enzephalitis beider Okzipitallappen 558.
Marta Ulrich. Klinische Beiträge zur Lehre vom angeborenen Kernmangel 144.
Umber. Konstitutionelle Fettsucht und innere Sekretion 547.
E. Ungermann. Tuberkulöse Infektion der Lymphdrüsen 464 — Milch eutertuberkulöser Kühe 472.
T. Urano. Spina bifida 569.
Urbantschitsch. Einfluß der otogenen Erkrankungen auf die Blutgerinnung 396.
W. Usener. Luftschlucken 380 — Verteilungs- und Ausscheidungsverhältnisse des Urotropins im menschlichen Körper 302.

Luigi Vaccari. Gangrän und Perforation der Appendix bei einer angeborenen Inguinalhernie 566.
Valette und **Déléarde.** Chorea 147.
Léon Vallois und **Henri Vallois.** Exenzephaler Fötus 569.
Variot. Technik der künstlichen Ernährung 515.
G. Variot. Mißbrauch der Lehre von der Überernährung 515 — Permanente Mikrosphygmie mit Geistesschwäche bei einer Frau 558 — Rachitis 560.
G. Variot und **Chatelin.** Erworbene Dextrokardie und Infantilismus tuberkulösen Ursprunges 539 — Schädelsubstanzverlust unerklärlichen Ursprunges in der linken Scheitelbeingegend mit rechtsseitiger Hemiplegie 559.
Variot und **Lavialle.** Überzuckerte kondensierte Milch 289.
G. Variot und **P. Lavialle.** Überzuckerte kondensierte Milch 289 — Effekt starker Zuckerung der Milch in der Behandlung der infantilen mit Erbrechen einhergehenden Dyspepsie 516.
G. Variot und **Lorenz-Monod.** Nahrungswert der Rohmilch 516 — Nährwert der Rohmilch 521.

Variot, Lavialle und **Rousselot.** Überzuckerte kondensierte Milch 289.
Vasiliu. Tuberkulöse Meningitis, geheilt durch spezifische Behandlung 470.
E. Vaucher und **P. Lereboullet.** Gefahren der Injektion von Witte pepton bei Behandlung familiärer Hämophilie 544.
Maurice de Vaugiraud. Erythrodermia desquamativa 562.
Viktor Veau und **Weber.** Fußgangrän bei Diphtherie 534.
Viktor Veau. Schwierigkeiten der Diagnose der Appendizitis 551 — Chronische Appendizitis und Inguinalhernie 566.
J. Veit. Geburtenrückgang 573.
K. E. Veit. Offenbleiben des Ductus omphalomesentericus 569.
Reinhard von der Velden. Blutgerinnung nach parenteraler Zufuhr von Eiweißkörpern 509 — Klinisch-experimentelle Untersuchungen bei Hämophilie 544.
Verhoeff. Pasinands Conjunctivitis 174.
Vervoort und **Schüffner.** Ol. chenopodii 290.
Vesval. Infantiler Skorbut 559.
Odorico Viana. Frühdiagnose der Syphilis im Findelhaus 541.
Viereck. Pathologie des vegetativen Nervensystems 148 — Anwendung des neuen Diphtherieschutzmittels 274.
Viereck und **Kleinschmidt.** Behrings Diphtherievakzin 66, 274.
Viereck und **Römer.** Behandlung und Wesen der Diphtherielähmung 453.
S. de Villa. Paralytische Äquivalente der Epilepsie 559.
Petit de la Villéon. Großes Hodensarkom 566 — Radikalbehandlung der Hernie nach Lorthioir 566.
Vincent. Appendizitis 551.
Ralph Vincent. Pasteurisierung 8 — Bakteriologische Diagnose und Behandlung der Ernährungsstörungen 308, 516.
F. Visser und **A. Klein.** Violette Nitroprussidnatriumreaktion im Harne 519.
Phoebe M. van Voast. Entwicklung des Kindes 511.
Vogel. Marantische Thrombose der unteren Hohlvene im Anschluß an Darmtuberkulose 470.
Karl M. Vogel und **W. G. Mc Callum.** Experimentelle Untersuchungen über Tetanie 62.
Vogt. Hochgradiger Ikterus nach rektaler Einführung von Salvarsan 299.
E. Vogt. Arteriensystem Neugeborener im Röntgenbilde 542.
H. Vogt und **F. Pielsticker.** Künstliche Pneumothoraxe 486.
Hans Vogt und **Gotthard Zacharias.** Spirometrische Untersuchungen über Atmung von Kindern bei abnormen mechanischen Bedingungen 509.
L. Voigt. Generalisierte Vakzine 569.
Max Voigt. Beobachtungen an Stillenden 516.
Roger Voisin. Erythema nodosum bei einem hereditär Syphilitischen 562.
Voland. Isolierte, tuberkulöse Iserkrankung der Chorioidea 174.
E. Voelkel. Untersuchungen über die Rechtshändigkeit beim Säugling 305.
Völckel und **Liedke.** Diphtheriebazillen in den Organen bei tödlich endender Diphtherie 325.
E. Vollmer. Kinderheilstätten und Seehospize im Kampfe gegen Tuberkulose 437.
Paul Vollmer. Tuberkulose im schulpflichtigen Alter 539.
Voorhees. Ohrsyphilis 396.
F. Voß. Heilung einer Enzephalitis bei Otitis media chron. nach Oppenheim ohne Operation 564.
Vulpius. Lichtbehandlung der chirurgischen Tuberkulose 488.
O. Vulpius. Neue Verbandbehandlung der Skoliose nach Abbott 350 — Neue Knochenoperation bei Vorderarmlähmung 447.

F. L. Wachheim. Atypische Kinderlähmung 181, 559.
Wachsner. Akute Osteomyelitis und Osteoplastik 231 — Orthopädische Jugendfürsorge 452.
Fritz Wagner. Linksseitige Rekurrenzlähmung 559.
Wagner von Jauregg und **Bayer.** Lehrbuch der Organotherapie 455.
Walb. Rachitis der Nase und Beziehungen zum Asthma bronchiale 564.

Léon Theodore Le Wald und **Godfrey R. Pisek.** Anatomie und Physiologie des kindlichen Magens nach Serienröntgenogrammen 508.
Walker. Behandlung des Scharlachs durch Streptokokkenvakzine 275.
Van der Wal. Schwerhörigkeit bei Schulkindern 504.
Wallich. Säuglingssterblichkeit in den ersten vier Lebenswochen 523.
J. B. Wallace Wallin. Beziehung der Mundpflege zur geistigen Entwicklung zurückgebliebener Kinder 511.
S. Thomas Walter. Experimenteller Hydrozephalus 142.
F. Warburg. Scapula scaphoidea 449, 569.
Warfield. Wismutvergiftung 299.
Francis Warner. Erweiterung des Nasenrachenraumes durch Muskelübungen nach Operation der adenoiden Vegetation 564.
Van Wart. Zerebrospinalmeningitis 534.
S. Wasserman. Therapie des Keuchhustens 212.
Watermann. Literatur über Osmose und Ödem 542.
J. Wätjen. Vorkommen von Plasmazellen und ihre Bedeutung bei Pneumonien nach akuten Infektionskrankheiten 543.
Watkins. Orthopädische Behandlung der spinalen Kinderlähmung 181.
Chalmers Watson. Nahrungsbedarf 51.
H. Ferguson Watson. Fruchtbarkeit syphilitischer Eltern 89 — Wassermannsche Reaktion bei Kinderkrankheiten 541.
F. Parkes Weber. Akute Pneumonie bei Arsenbehandlung 219.
A. Weber, K. Steffenhagen. Mit Perlsucht infizierte Kinder 476.
Weber und **Viktor Veau.** Fußgangrän bei Diphtherie 534.
Philipp Wehner. Larosan 49, 516.
Wilhelm Wegener. Ernährung kranker Säuglinge mit Larosanmilch 411, 516.
Otto Wegerle. Subakute Leberatrophie mit knotiger Hyperplasie auf tuberkulöser Grundlage 551.
Maria Wegmann. Heimkehrfälle bei Scharlach 67.
Ruth Wheeler. Künstliche Ernährung 8.
A. Weich und **A. Devarda.** Morressche Alizarolprobe zur Prüfung der Haltbarkeit der Milch 3.
Weidenbaum. Blennorrhöeprophylaxe am Neugeborenen 271.
Hans Weidner. Ätiologie und Symptomatologie der Epilepsie 559.
Richard Weigert und **Franz Steinitz.** Erfahrungen mit Molkensuppe 8.
H. Weigmann. Pasteurisierung der Marktmilch 8.
Weihe. Ruhr der kleinen Kinder 263.
F. Weihe und **F. Götzky.** Kasuistik des angeborenen totalen Rippendefektes 567.
F. Weihe und **J. Schürer.** Ruhr 534.
Weiker. Zeunersches Oleinpräparat bei Tuberkulose 485.
Weiland. Alkalibehandlung der Albuminurie 297.
E. Weill und **A. Dufort.** Reaktion des Säuglingsstuhles im normalen Zustand und bei Dyspepsien alimentären Ursprungs 521.
E. Weill und **Ch. Gardère.** Infektiöse Erytheme im Verlauf von Masern 534.
Albert Weill, Maingot und **L. Ribadeau-Dumas.** Diagnose der Lungentuberkulose 538.
Weill, Morel und **Mouriquand.** Rektale Anwendung von Salvarsan 91 — Störungen durch einseitige Ernährung 516.
B. Weill-Hallé. Anaphylaxie der Milch 511.
B. Weil-Hallé und **Abrand.** Protrahierte Inanition als Folge narbiger Verengerungen der Speiseröhre 551.
L. Wein und **G. Schütz.** Milchverfälschung auf Grund der Lichtbrechung des Serums 7.
Marg. Weinberg. Schulhygienische Bestrebungen in Amerika 575.
Wilhelm Weinberg. Kinder der Tuberkulösen 462.
G. Weinländer. Erythema multiforme bullosum 249.
Weise. Kasuistik der Osteomyelitis des Oberkiefers 380.
H. H. Weisenbaum. Höllenstein-Tabletten zur Herstellung von Lösungen als Schutzmittel gegen Augenblennorrhoea bei Neugeborenen 155.

K. Weiss. Rachitisbehandlung durch Hypophysenextrakt 561 — Hypophysentherapie bei Rachitis 293, 561.
Louis Weiß. Diphtherie 534.
Weith und **Scholder.** Lordotische Albuminurie in den Schulen von Lausanne 553.
Welde. Schicksal kongenital syphilitischer Kinder 89.
William H. Welker und **Howard L. Marsh.** Milch 8.
Heinz Emil Wendel. Kindesrecht und Kinderschutz 573.
Wendenburg. Ätiologie der orthotischen Albuminurie 223.
Wentworth und **Lucas.** Behandlung der rheumatischen Endokarditis 542.
Guido Werlich. Myocarditis syphilitica congenita 541.
Wilhelm Wernstedt. Pylorale Endpartie oder Pylorusmundstück des Säuglings- und Affenmagens 509. — Infantiler Skorbut 559.
Wessler und **Bass.** Blutdruck bei orthotischer Albuminurie 338.
H. Wessler und **Murray H. Bass.** Blutdruck bei Kindern mit orthotischer Albuminurie 522.
Westenhöfer. Tuberkulose 283.
W. Weston. Malaria 534 — Kinderpflege 510 — Pellagra 559.
Per Wetterdal. Hernia diaphragmatica spuria congenita dextra 566.
Wheeler und **Biester.** Nährwert gewisser Kindernährmittel 516.
T. R. Whipman. Anaemia splenica 544.
Whitbeck. Behandlung der schwachen Füße 349.
White und **Jobse.** Kongenitale Pylorusstenose 551.
White. Blackfan und **Nicholson.** Wassermannsche Reaktion 90.
R. H. Anglin Whitelocke. Eingeklemmte Inguinalhernie 566.
Max Wichura. Darmerkrankungen 516.
W. Wick. Morbilloid 534.
Wickham. Anwendung des Radiums in der Gynäkologie 41.
Wickham und **Degrais.** Verwendung des Radiums bei Hautepitheliomen, Angiomen und Keloiden 44.
F. Widal. Klassifikation der Nephritis 137.
Georg Wiegner und **Wilhelm Fleischmann.** Spezifisches Gewicht der Kuhmilch 3, 517.
E. Wieland. Schwere Verdauungsinsuffizienz jenseits des Säuglingsalters 55 — Rachitis und ihre Behandlung 151 — Schwere Verdauungsinsuffizienz 516.
A. Wiemers. Solitäre rachitische Exostosen bei Genu valgum 567.
Wiener. Nierentuberkulose 539.
Wigmann. Eigenartiger Irisbefund 174.
A. Wilborts, H. Méry und **H. Salin.** Wiederholte Asystolie nach akuter primärer Herzdilatation 542.
van den Wildenberg. Stirnhöhlenentzündung 380.
Wilkox. Schädeltrauma beim Neugeborenen 271.
R. Willheim. Chemie des Kaseins aus Frauen- und Kuhmilch 8.
A. Williams. Trachom bei den New Yorker Schulkindern 563.
W. C. Williams. Wachstum und Lungentuberkulose 467.
Tom A. Williams. Psychogene Störungen im Kindesalter 554.
A. D. Willmoth. Traumatische Verletzungen des Knies 566.
Wilson. Behandlung des Keuchhustens 275.
J. K. Wilson, H. A. Harding, G. L. Ruehle und **G. A. Smith.** Bakteriengehalt der Milch 4.
O. Windelöw und **H. J. Bing.** Blutzuckerbestimmungen 519.
A. v. Winiwarter. Die Gegner des athletischen von der Jugend betriebenen Sports 162.
Winocouroff. Rückfallfieber bei Kindern in Odessa 215.
O. Windslöf und **J. Bing.** Blutzuckergehalt 57.
Wioths. Angeborene Hornhautstaphylome 174.
Wirth und **Harriehausen.** Toxinbefunde im Blut diphtherischer Kinder 209.
Wisdom, Saunders und **Meisenbach.** Ursache und Verhütung der Kinderlähmung 533.
H. Wittich. Poliklinische Tuberkulinbehandlung der kindlichen Skrofulose und Tuberkulose 484.
Ernst Wodak. Tastbarkeit der Hinterhauptdrüsen 545 — Schnuller und Glossitis exfoliativa 551.
A. Wojkiewicz. Untersuchung der Moskauer Marktmilch 8.

Wilhelm Wolf. Spezifisches Gewicht des Milchserums 8.
Wolff. Technik der Duodenalsondierung 289 — Arthritis catarrhalis im Verlauf eines Barlow 559.
A. Wolff. Beziehungen zwischen Bakterienflora der Milch und Weide 8 — Blaue Milch 8 — Milchsäurelangstäbchen und Propionsäurebildner in Molkereiprodukten 8 — Oidium blauer Milch 8 — Yoghurt 8.
G. Wolff. Schwere Säuglingsanämie durch Typhus abdominalis 325.
S. Wolff. Pneumokokkenerkrankung 260.
W. Wolff. Ambulatorische Tuberkulinbehandlung der Skrofulose und kindlichen Tuberkulose 484.
Bruno Wolff. Biologische Beziehungen zwischen Mutter und Kind während der Schwangerschaft 521.
Fleischmann Wolff. Angeborene Wassersucht 218.
Georg Wolff. Tetanus neonatorum 534.
S. Wolff und **W. Lehmann.** Durch intralumbale und intraventrikulare Äthylhydrokupreininjektionen geheilter Fall von Pneumokokkenmeningitis 214.
Wolff und **Möllers.** Experimentelle Untersuchungen mit dem Zeunerschen Tuberkulosepräparat Tebesapin 283.
Wolfsgruber und **v. Zubriczky.** Bekämpfung der Anämien durch intramuskuläre Injektionen von defibriniertem Blut 296.
Georg Wolfsohn. Grundlagen und Wert der Vakzinetherapie 303.
G. A. Wollenberg. Orthopädische Chirurgie 165.
N. Wolostnich. Trichterbrust 569.
J. M. Wolpe. Einfluß des Pflanzenphosphors auf Blutbefund 406.
Womer. Ergebnisse des Staphylokokkensprays bei Diphtheriebazillenträgern 211.
Wood. Milchsäurebazillenspray bei Diphtherie 274 — Beziehung der Tonsille zur Tuberkulose 380 — Bedeutung der Mineralsalze bei den Verdauungsstörungen 516.
S. Woodhead. Unterschied zwischen den humanen und bovinen Tuberkelbazillen 476.
Woodruff. Röntgenstudien der Brust bei tuberkulöser Meningitis 84.
Woods. Epilepsie 227.
Robt, H. Woods. Subglottischer Tumor 566.
Woolsey. Allgemeine Narkose 156.
Erich Wulffen. Kind, sein Wesen und seine Entartung 507.
Friedrich Paul Wurfschmidt. Zahnkrankheiten der Schulkinder 562.
Hans Würtz. Begründung der Krüppelpsychologie 567.
Wykoff. Kinderschutzbestrebungen in Cleveland 573.

Yerington und **Holsclaw.** Spätsyphilis 541.
Ylppö. Isoelektrischer Punkt des Menschen-, Kuh-, Ziegen-, Hunde- und Meerschweinchenmilchkaseins 201.
Arvo Ylppö. Kongenitaler Gallengangsverschluß 521 — Icterus neonatorum und Gallenfarbstoffsekretion beim Fötus und Neugeborenen 551.
Young. Chondrodystrophia foetalis 561.

Zabel. Bronchialdrüsendiagnostik 479.
Zablo-Potopowicz. Intubation und Tracheotomie bei Larynxdiphtherie 427.
Gotthard Zacharias und **Hans Vogt.** Spirometrische Untersuchungen über Atmung von Kindern bei abnormen mechanischen Bedingungen 509.
E. Zadro. Heliotherapie 488.
Zahorsky. Röteln 154 — Hitze und Sommerdiarrhöe 198.
John Zahorsky. Hitze und Sommerbrechdurchfall 516 — Kleines Mädchen durch eine Hündin gestillt 516 — Roseola infantum 562.
Zange. Friedländer-Otitis media 396.
Zangemeister. Anwendung des neuen Diphtherieschutzmittels in der Marburger Frauenklinik 273.
Zaepffel und **Savariaud.** Postdiphtherische laryngotracheale Narbenstenose 563.
J. Zappert. Epileptiformer pseudobulbärer Symptomenkomplex 559.

M. Zarfl. Ausgedehntes mediastinales Emphysem und Hautemphysem 255 — Kenntnis der angeborenen Tuberkulose 327 — Anatomische Präparate von angeborener Zystenniere 252 — Angeborene Tuberkulose 471 — Tuberkulöser Lungenherd 471 — Akutes mediastinales Zellgewebsemphysem und Hautemphysem 562.

M. Zarfl und **v. Reuß.** Chronische Laktosurie seit der Geburt 250.

J. J. Zaun. Plötzliche völlige Erblindung als erstes Symptom angeborener Syphilis 541.

Zeiß. Diagnostischer Wert der Darmkoliagglutination 192.

Zemann. Streptokokkus mucosus 396.

Zeuner. Chemie der Tuberkulose 283.

Karl Ziegler. Umgang mit normalen Kindern 554.

W. Zielinsky. Demonstrationen aus der zahnärztlichen Orthopädie 243.

Zingher, Neal und **Dubois.** Experimentelle Untersuchungen über Poliomyelitis 526.

Zografides. Ozäna 380.

v. Zubriczky und **Wolfsgruber.** Bekämpfung der Anämien durch intramuskuläre Injektionen von defibriniertem Blut 296.

Georg Zülzer. Innere Medizin 165.

v. Zumbusch. Erfolglose Anwendung von Salvarsan bei Lyssa 277.

C. E. Zundel. Infantilismus 547.

N. Zuntz. Einfluß chronischer Unterernährung auf den Stoffwechsel 417.

Erich Zurhelle. Osteogenesis imperfecta bei Mutter und Kind 561.

Sachverzeichnis.

Bei den Originalmitteilungen sind die Autornamen fett gedruckt.

Abottsche Behandlung der Skoliose (Ombrédanne) 350 — (Vulpius) 350.
Abderhaldensche Reaktion (Parhon) 508.
Abdomen, Sensibilität der Bauchhöhle (Kappis) 301.
Abdomen bei unklaren Zuständen (Morse) 550.
Abdomen, akute Entzündungen (Lockwood) 549.
Abdomen, rezidivierende Leibschmerzen (Cheinisse) 548.
Abdomen, Kontusion (Schmincke) 99.
Abduzens, sekundäre Lähmung nach Otitis (Lehmann) 230.
Abnorme (Bledsoe) 553 — (Collin) 553 — (Goodhart) 554.
Abnorme, physiologische Untersuchungen (Hoag) 554.
Abnorme, Intelligenzprüfung (Decroly) 553 — (Rogers) 226.
Abnorme, Diagnose und Behandlung (Dupuy) 554.
Abnorme, Klassifizierung (Groszmann) 554.
Abnorme, sozialhygienische Versorgung (Deutsch) 554.
Abort, Folgen des kriminellen (Frank) 571.
Abrachius (Schmincke) 115.
Abszeß der Lunge (Schmincke) 98 — und Pneumokokken (Barrington-Ward) 94.
Abszeß, Röntgendiagnose endothorakaler Senkungsabszesse (Rach) 509.
Abszeß, idiopathischer Hirnabszeß (Henderson) 142.
Achondroplasie (Baumel und Margarot) 560 — (Murk) 344 — (Page) 560 — (Pironneau) 560.
Achorion Schoenleini und Achorion Quinckeanum (Kaufmann-Wolf) 229.
Adams-Stokessches Syndrom (Hecht) 218, 542.
Addisonsche Krankheit (Langmead) 470 — (Roleston und Boyd) 547.
Adenoide Vegetationen (Brecher) 377 — (Gabrielow) 378 — (Mohler) 545 — bei Säuglingen (Durif) 545 — (Scornet) 545.
Adenoide Vegetationen, Einfluß der Ernährung (van der Bogert) 545.
Adenoide Vegetationen, Resistenz der roten Blutkörperchen (Formene) 378.
Adenoide Vegetationen, Bestehen der Mundatmung (Clanahan) 220.
Adenoide Vegetationen, Ätiologie und Therapie (Ashby) 285.
Adenoide Vegetationen, Behandlung (Layton) 545 — (Steuart) 97 — Behandlung mit Lymphdrüsenextrakt (Ashby) 97 — Röntgenbehandlung (Steuart) 285.
Adenoide Vegetationen, Operation (Warner) 564 — Hineinfallen in die Luftwege (Guisez) 378.
Adenoide Vegetationen, Abtragung bei Herzarythmie (Delneuville) 93.
Adenoidektomie (Bassim) 545.
Adenosarkom (Schmincke) 114.
Adipositas (Mouriquand) 547.
Adrenalin, Verhalten des sympathischen Nervensystems gegenüber Adrenalin (Mogwitz) 301, 510.
Adrenalin bei Asthma bronchiale (Ephraim) 378.
Adrenalin bei Keuchhusten (Fletscher) 276 — (Lord) 276 — (Mulas) 530.
Adrenalin, Gehalt des Blutes (Gismondi) 508, 544.
Agglutination der Kolibazillen (Zeiss) 192.
Agglutinine, spezifische, bei Leishmaniosis (Caronia) 215.

Akardiale Mißgeburten (Heijl) 567.
Akromakrie (v. Pfaundler) 112.
Aktinium, Behandlung (Lazarus) 296.
Akustikus, Polyneuritis nach Scarlatina (Max) 396.
Alban-Köhlersche Krankheit (Bles) 157.
Albinotisches Menschenauge (Elschnig) 172.
Albinotische Iris (Fuchs) 172.
Albuminurie neugeborener Kinder (Heller) 204.
Albuminurie bei Schulkindern (Bugge) 503.
Albuminurie der Mutter, Schweißdrüsen beim Fötus (Fossati) 507.
Albuminurie und Stillen (Fedele) 48.
Albuminurie, Behandlung (Strauß) 297 — Alkalibehandlung (Weiland) 297.
Albuminurie, funktionelle (Teissier) 553.
Albuminurie, intermittierende (Hutinel) 552.
Albuminurie, lordotische (Weith und Scholder) 553 — und paradoxer Puls (Gaisböck) 552.
Albuminurie, orthostatische (Dufour und Muller) 552.
Albuminurie, orthotische; Ätiologie (Wendenburg) 223 — Blutdruck (Bass und Wessler) 338, 552.
Albuminurie, orthotische und Tuberkulose (Beyer) 479.
Alizarolprobe, Moriessche (Devarda und Weich) 3.
Alkali, Behandlung der Albuminurie (Weiland) 297.
Alkali, Einfluß auf die Magenmotilität (Ladd) 508.
Alkaptonurie (Scheltema) 494.
Alkohol, Bekämpfung (Bouchacourt) 570 — Bekämpfung und Mißbrauch (Bogusat) 535 — Bekämpfung und Lehrerschaft (Ponickau) 575.
Aluminium, chlorsaures, in der Ohren- und Nasenheilkunde (Ephraim) 395.
Amaurose infolge Enzephalitis (Uhthoff) 558.
Amaurotische Idiotie (Price) 557.
Amaurotische Idiotie, spätinfantile (Bielschowsky) 555.
Amenorrhöe der Stillenden (Thiemich) 409, 518.
Amentia nach Morbillen (Frontali) 527.
Aminosäuren bei Herzkrankheiten (Fonzo) 519.
Amme (Talbot) 515.
Amme, Laktation (Brodsky) 512.
Amme im klassischen Altertum (Braams) 512 — im 16. Jahrhundert (Roshem) 514.
Amöben, Dysenterie (Lesage und Bobillier) 529, 549.
Amputation, kongenitale der Finger (Babès) 539.
Amylase der Frauenmilch, Einfluß des Wasserstoffsuperoxyds (Lagane) 5.
Amyloide Degeneration und Mittelohreiterung (Großmann) 395.
Anämie, Ernährung (Locke) 513.
Anämie, anämischer Fundus (Salzmann) 173.
Anämie, intramuskuläre Injektion von defibriniertem Blut (v. Zubriczky und Wolfsgruber) 296.
Anämie und Scheinanämie (Müller) 544.
Anämie, hämolytische (Götzky und Isaac) 219.
Anämie, perniziöse; Aktiniumbehandlung (Lazarus) 296 — Behandlung mit Thorium X (Prado-Tagle) 295.
Anämie, pseudoleukämische bei Typhus (Wolff) 325.
Anaemica splenica (Whipman) 544 — Ätiologie (Petrone) 96 — Cholesterinbehandlung (Cantieri) 544.
Anaphylaxie gegen Milch (Weill-Hallé 511.
Anaphylaxie und Antianaphylaxie bei Tuberkulose (Cristina und Caronia) 431, 525.
Anaphylaxie bei Anwendung des Diphtherieserums (Joseph) 304.
Anaphylaxie bei wiederholter Diphtherieheilseruminjektion (Cuno) 262, 510.
Anaphylaktischer Chock bei Diphtherieserum (Eichholz) 299. — (Hallé und Bloch) 299.
Anenzephalie, Nebenniere (Landau) 546.
Anenzephalie, Duchsichtigkeit des Schädels (Chatelin) 555.
Aneurysma spurium der Bauchaorta (Nobel) 249.

Angina, Bedeutung der Leukozyteneinschlüsse (Rosanoff) 407.
Angina, folikuläre und Meningitis (Siemerling) 380.
Angina Vincenti (Bonhoff) 377 — Plaut-Vincentsche (Citron) 277.
Angina Vincenti, Behandlung mit Salvarsan (Flandin) 548.
Angina, Epidemie (Stowell und Hillard) 380.
Angina, Epidemie in Boston (Cones) 377 — Epidemie von septischer Halsentzündung (Hamburger) 378.
Angina und Meningitis (Siemerling) 533.
Angina und Scarlatina (Hitlin) 528.
Angiome. Radiumbehandlung (Wickham und Degrais) 44.
Angiome, multiple eruptive (v. Falkowski) 229.
Angiom des Larynx (Phillips und Ruh) 563.
Anorexie der Säuglinge (Orchard) 308 — (Tobler) 308, 515.
Anorexie, nervöse (Orchard) 557.
Antianaphylaxie bei Tuberkulose (di Cristina und Caronia) 431.
Antikörperbildung und Ernährung (Kleinschmidt) 5.
Antistreptokokkenserum (Spieß) 380.
Anus, Imperforation (Grosse) 567.
Anus, Atresie (Salzer) 569 — kongenitale Atresie (Hilgenreiner) 351 — Atresia vestibularis (Goldreich) 567.
Aorta, Veränderungen bei Syphilis (Neugebauer) 540.
Aorta, Stenose (Häberle) 542.
Aorta, Aneurysma der Bauchaorta (Nobel) 249.
Aplasie der Niere und des Ureters (Schmincke) 99.
Aplasie des Zwerchfells (Schminke 114.
Appendix, Funktion (Corner) 134.
Appendix, Erkrankungen nach Diphtherie (Reiche) 322, 532.
Appendix, Gangrän und Perforation (Vaccari) 566.
Appendizitis (Boulanger) 548 — (Gardner) 548 — (Roux) 550 — (Veau) 566 — (Vincent) 551.
Appendizitis, Ursprung (Corner) 134.
Appendizitis, Diagnose (Veau) 551.
Appendizitis, Behandlung (Quervain) 550 — chirurgische Behandlung (Giradot) 548 — (Owen) 134.
Appendizitis, chronische und Tuberkulose (Lereboullet) 479.
Appendizitis und Helminthiasis (Sagredo) 336, 550.
Appendizitis bei Scarlatina (Seitz) 533.
Appendizitis bei Varizellen (Lesné) 549 — (Périer) 550.
Arachnodaktylie (Börger) 355 — (Thomas) 569.
Architektur des Kinderspitals (Goodlidge) 573.
Armengesetzgebung (Bethke) 570.
Arsen, Ausscheidung durch die Milch (Köller) 5.
Arsen, lipoide Verbindungen (Fischer und Klemperer) 298.
Arsen, Pneumonie während Arsenbehandlung (Weber) 219.
Arterie, Arteriensystem Neugeborener (Vogt) 542.
Arterionekrose beim Neugeborenen (Jaffé) 439.
Arthrigon, Injektion (Fischer) 299 — intravenöse Injektion (Bruck und Sommer) 277.
Arthritis, chronische (Ibrahim) 528.
Arthritis deformans (Bade) 564 — (Manning und Fassett) 553.
Arythmie des Herzens (Delneuville) 93 — (Troitzky) 92.
Arythmie und Vorhofflimmern (Nadel) 249.
Aschnersches Phänomen (Gismondi) 509.
Askariden, (Przedborski) 442 — als Ursache chirurgischer Erkrankungen (Schlößmann) 550.
Askariden, Häufigkeit, Diagnose und Behandlung (Lechler) 135.
Askariden, Perforation des Darmes (Plew) 222.
Asphyxie (Dougthie) 271 — Einblasung von Luft (Kühn) 271.
Asphyxie der Neugeborenen (Creazzo) 522 — (Manton) 522.
Assoziationsversuche bei Epilepsie (Hahn) 556.
Asthenie, psychomotorische (Paul-Boncour) 557.
Asthma, Ätiologie und Therapie (Spolverini) 94, 543.
Asthma, Behandlung (Hirschberg 286 — (Krause) 286.

Asthma, Behandlung mit Hypophysenextrakt (Borchard) 286.
Asthma, Wirkung des Adrenalins (Ephraim) 378.
Asthma bronchiale (Ephraim) 378 — Walb) 564.
Asthma bronchiale, Kalksalze (Hoffmann) 378.
Asystolie (Nobécourt) 542.
Asystolie nach Herzdilatation (Méry, Salin und Wilborts) 542.
Aszites bei kardialem Hydrops (Januschke) 250.
Ataxie (Guinon und Aine) 556.
Ataxie, zerebrale (Taylor) 558.
Äthylchlorid, Narkose (Falk) 378.
Äthylhydrokuprein, Injektionen bei Pneumokokkenmeningitis (Wolff und Lehmann) 214.
Atresie, kongenitale des äußern Gehörganges (Lewin) 395.
Atresie der Choanen (Götz) 378 — (Lang) 379.
Atresie des Ösophagus (Fischer) 256.
Atresie, angeborene des Dünndarms (Baugher) 567.
Atresia ani (Hilgenreiner) 351 — (Salzer) 569.
Atresia ani vestibularis (Goldreich) 567.
Atresia recti analis (Salzer) 255.
Atrophie (Pacchioni) 54 — Ursache und Behandlung (Lowenburg) 514.
Atrophie und Cholera infantum (Finkelstein) 512.
Auge, Sammelreferat über die ophthalmologische Literatur (Gallus) 171.
Auge, juvenile Gefäßerkrankungen (Gilbert) 172.
Auge, Komplikationen bei Parotitis epidemica (Bahlmann) 171.
Auge, skrofulöse Leiden (Sattler) 563.
Auge, syphilitische Läsionen (Silberzweig) 541.
Auge, Mißbildung (v. Szily) 569.
Auge, augenärztliche Schuluntersuchung (Pape) 562.
Auge bei Schulkindern (Flanders) 575.
Aurum kalium cyanaticum bei Lupus (Bettmann) 283 — (Ruete) 283 — bei äußerer Tuberkulose und Lues (Bruck und Glück) 283.
Autointoxikation intestinalen Ursprunges (Béchamp) 511.
Autovakzination bei Typhus (Josne und Belloir) 276.
Avitaminosen (Funk) 365.
Azeton, Intoxikation (Pacchioni) 559.
Azidose (Marshall) 520 — (Mc Cleave) 519 — Verhalten der Leberzellen (Düker) 58.
Azidose bei chronischer Nierenerkrankung (Sellards) 552.
Azodolen (Hoffa) 291.
Azotämie (Nobécourt) 505 — und Aschegehalt der Fäzes (Nobécourt und Bidot) 520.
Azotämie, meningeale Erscheinung (Hutinel) 519.

Badekuren (Ausset) 570.
Bakterien, Milchsäurebakterien (Gorini) 4.
Bakteriologisches Taschenbuch (Abel) 456.
Bakteriologie in der Milchwirtschaft (Jensen) 5.
Bakteriolysine der Frauenmilch (Medowikoff) 191.
Bakterium coli, Darmkoliagglutination (Zeiß) 192.
Bakterium coli und Diarrhöe (Blasi und Sampietro) 512.
Bakterium cyaneofluorescens (Wolff) 8.
Bakterium syncyaneum (Wolff) 8.
Balkenblase (Bonnaire und Ecalle) 567.
Balkenstich bei Hydrozephalus (Tomaszewski und Schreiber 444.
Balneotherapie (Fronz) 509 — (Krone) 510.
Bantische Krankheit (Bayer) 338 — (D'Espine 219, 544.
Barlowsche Krankheit (Cordier) 150, 559 — (Hart und Lessing) 121 — (Jemma) 559 — (Morse) 559 — (Pritchard) 150 — (Scott) 559 — (Sperk) 250 — (Spolverini) 559 — (Tixier) 544 — (Vesval) 559 — (Wernstedt) 559.
Barlowsche Krankheit, experimentelle Untersuchungen (Ribadeau-Dumas) 445.
Barlowsche Krankheit, Organanalysen (Bahrdt und Edelstein) 559.
Barlowsche Krankheit, Pathologie (Funk) 365.
Barlowsche Krankheit, Alkoholextrakt aus Vegetabilien (Freise) 228, 559.

Barlowsche Krankheit, Schutzstoff (Freudenberg) 445.
Barlowsche Krankheit, Arthritis catarrhalis (Wolff) 559.
Basedowsche Krankheit, Einfluß der Operation an der Nase (Sendziak) 380.
Bauchspalte, angeborene (Lichtenstein) 568.
Bazillus abortus (Schroeder) 7.
Bazillus anthracoides, Stoffwechsel (Foster) 3.
Bazillus bulgaricus bei Gastroenteritis (Schwartz) 515.
Bazillus lactis erythrogenes (Foster) 3.
Bazillus lactis fermentens (Ruot) 7.
Bazillus proteus als Krankheitserreger (Goebel) 359.
Becken, Chirurgie (Price) 561.
Benzol, therapeutische Verwendung (Kiralify) 295.
Benzol, Behandlung der Leukämie (Billings) 295 — (Klein) 295 — (Neumann) 295 — (Pappenheim) 295 — (Rößler) 295.
Benzol, Behandlung der myeloiden Leukämie (Reibmayr) 295.
Beri-beri beim Säugling (Lagane) 5.
Beriberi, Pathologie (Funk) 365.
Beriberi, lipoidfreie Ernährung (Stepp) 520.
Bericht des Vereines für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin (Meyer) 233.
Bericht der Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde (Uffenheimer) 97, 352.
Bericht über den Niederländischen Verein für Pädiatrie (Graanboom) 117, 504.
Bericht über die Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde zu Wien (Schick) 244.
Bericht der Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte zu Frankfurt am Main (Cahen-Brach) 256.
Berufsvormundschaft 367,368 — (Matthiessen) 368.
Berufsvormundschaft, Landesberufsvormundschaften (Kaftan) 368.
Berufsvormundschaft, uneheliche Mündel (Kohl) 367.
Berufsvormundschaft, gegenseitige Unterstützung (Fink und Niestroj) 368.
Berufsvormundschaft gegenüber Gerichten und Polizei (Levi und Franke) 368.
Berufsvormundschaft in Mähren (Roller) 368.
Bilirubin, Stoffwechsel bei Gallengangsverschluß (Yllpö) 521.
Biochemie des Wachstums (Aron 364.
Biorisation und Enzymamilch (Hering) 5.
Biorisatorverfahren nach Lobeck (Freund) 3 — (Nevermann) 6 — (Liepe) 6 — (Lorenzen) 6.
Blase, Tumor (Hilsmann) 565.
Blennorrhoea neonatorum (Haass) 562 — (v. Herff) 345 — (Philippi) 173, 562 — (Tassius) 563 — (Weidenbaum) 155, 271.
Blennorrhöe durch Diphtheriebazillus (Kobrak)) 426, 529.
Blindheit, Sehenlernen eines Blindgeborenen (Augstein) 171.
Blindheit durch Ophthalmia neonatorum (Adams) 562.
Blindheit, plötzliches Erblinden bei Syphilis (Zaun) 541.
Blut, Arbeitsleistung (Müller) 185.
Blut, Beeinflussung der Katalysatorentätigkeit (Stettner) 509.
Blut, Bestimmung des Kalkgehaltes nach der Wrightschen Methode (Katzenellenbogen) 185.
Blut, osmotischer Druck und Eiweißgehalt (Bernhard) 512.
Blut, Adrenalingehalt (Gismondi) 508, 544.
Blut, Eiweißgehalt und Leitfähigkeit (Hagner) 184.
Blut, Einfluß des Pflanzenphosphors (Wolpe) 406.
Blut, Resistenz der roten Blutkörperchen (Formene) 378.
Blut, Gerinnbarkeit (Flusser) 507.
Blut, Gerinnung nach parenteraler Zufuhr von Eiweißkörpern (van den Velden) 509.
Blut, Einfluß der otogenen Erkrankungen auf die Blutgerinnung (Urbantschitsch) 396.
Blut, Beziehungen des Lichtes zur Blutbildung (Bickel und Tasawa) 333.
Blut, Einfluß der Sonnenstrahlen (Aschenheim) 543.
Blut unter dem Einfluß des Seeklimas (Conradi) 220, 507, 544.
Blut, Resistenz der roten Blutkörperchen unter dem Einfluß des Nordseeklimas (Koltze) 544.

Blut, Viskosität bei Infektionskrankheiten (Rumjanzeff) 183, 532.
Blut, Gehalt an Diphtherie-Antitoxin (Otto) 304.
Blut, Toxinbefunde bei Diphtherie (Harriehausen und Wirth) 209.
Blut, primäre Toxizität des Blutserums bei Infektionskrankheiten (Syrenskij) 407.
Blut, Tuberkelbazillen (Amicis) 475 — (Kennerknecht) 475 — (Sturm) 476 — (Lehmann) 537 — (Mayer) 530 — (Rozenblat) 432.
Blut, Diphtheriebazillen im strömenden Blut (Roedelius) 532.
Blut, Leukozytenbefunde bei Serumexanthemen bei Diphtherie (Dupérié und Marliangeas) 526.
Blut im Frühstadium der Morbillen (Lucas) 530.
Blut, Leukozytenformel bei Morbillen (Mensi) 530.
Blut bei epidemischer Parotitis (Barach) 77, 524.
Blut, Untersuchungen bei Pertussis (Schneider) 429.
Blut bei Pocken und Impfpocken (Erlenmeyer und Falkowski) 322.
Blut bei Pneumonie und Zerebrospinalmeningitis (Heß) 544.
Blut bei Rachitis (Perls) 560.
Blut, Verhalten der weißen Blutkörperchen bei Tuberkulose (Hirschberg) 470.
Blut, Azidität bei Osteomalazie (Novak und Porges) 560.
Blutdruck (Horner) 124 — (Katzenberger) 508 — (Nirrnheim) 508.
Blutdruck bei Schulkindern (Bugge) 503.
Blutdruck bei orthotischer Albuminurie (Baß und Weßler) 338, 552.
Blutzucker (Bing und Windslöf) 57, 519 — (Mogwitz) 520 — Bestimmung (Götzky) 519.
Boston, Kinderhospital (Morse) 574 — (Rotch) 574.
Bovotuberkulin bei chirurgischer Tuberkulose (Buch) 472.
Branchiome der Haut (Hallé) 506.
Bremen, Fürsorgegesetzgebung 367.
Brom, verruköses Exanthem (Rach) 299.
Bromkalzium bei Laryngospasmus und Tetanie (Grünfelder) 293.
Bromoderma tuberosum (Goldreich) 248.
Bronchektasie und Syphilis (Milhit) 540.
Bronchektasie, Durstkur bei der chronischen (Hochhaus) 439.
Bronchialasthma (Ephraim) 378.
Bronchialasthma, Wirkung des Adrenalins (Ephraim) 378.
Bronchialasthma, Kalksalze (Hoffmann) 378.
Bronchialbaum, Form, Lage Lageveränderungen (Engel) 41.
Bronchialdrüsen, Diagnostik (Zabel) 479.
Bronchialdrüse, Durchbruch einer käsigen (Schmincke) 114.
Bronchialdrüsen, Tuberkulose (Engel) 536 — (Gölz) 434, 536 — (Keiner) 479 — (Neuhaus) 479 — (D'Oelsnitz und Paschetta) 538 — (Simon) 479.
Bronchialdrüsen, Diagnose der Tuberkulose (Engel) 85.
Bronchitis beim Säugling (Londe) 439.
Bronchitis, chronische, durch eine Moniliaart (Mautner) 251.
Bronchitis, Behandlung der akuten (Arneth) 285.
Bronchitis, Vakzinetherapie der chronischen (Gillet) 285.
Bronchitis, Durstkur bei der chronischen (Hochhaus) 439.
Bronchitis, Wirkung des Adrenalins (Ephraim) 378.
Bronchocele (Telford) 569.
Bronchoskopie zur Extraktion von Fremdkörpern (Galebsky) 231.
Bronchotetanie (Breuning) 359 (Curschmann) 417 — (Lederer) 95 — (Oberndorfer) 356.
Brophysche Gaumenspaltenbehandlung (Kaerger) 230.
Brownsche Molekularbewegung in homogenisierter Milch (Lavialle) 5.
Büffelmilch (Baintner) 1.
Burnamsche Formaldehydproben im Urin (v. Breunig) 519.
Buttermilch, Ernährung (de Lange) 5.
Buttermilch, Herstellung (Oftedal) 518.
Butter mit niedrigem Oleingehalt (Arnold) 1.

Cadogel (Bugarsky und Török) 292.
Capronsäure des Milchfettes (v. Fodor) 3.
Gauchersche Krankheit (Herman, Roth und Bernstein) 501.
Cerebellum, Exstirpation (Hees) 231.
Cheiromegalie (Plaschkes) 558.
Chicago, Milchvorschrift (Nance) 6.
Chirurgie (Borca) 451 — (Stettiner) 347.
Chirurgie des Säuglings (Stettiner) 239.
Chirurgie der Nebenschilddrüsen (Guleke) 373.
Chlor, chlorarme Ernährung (Stauß) 456.
Chlor, Einfluß des doppelkohlensauren Natrons auf die Ausscheidung (Hertz und Goldberg) 519.
Chlor, Chlorkalziumserum der Milch (Ackermann) 1.
Chlorkalzium, Einfluß auf die Löslichkeit der Milchalbuminoide (Lindet) 517.
Chlornatrium, Stoffwechsel (Bauer) 519.
Choane, Atresie (Götz) 378 — (Lang) 379.
Choledochus, kongenitale Anomalie (Rotgans) 337.
Cholera infantum und Atrophie (Finkelstein) 512.
Cholesterin, Stoffwechsel (Bacmeister und Havers) 519.
Cholesterin, Behandlung (Cantieri) 296.
Cholesterin bei Anämia splenica (Cantieri) 544.
Chondrodystrophie (Young) 561.
Chorea (Richards) 558.
Chorea, Ätiologie (Déléarde und Valette) 147.
Chorea, Stimmphänomen (Swift) 490.
Chorea, Rheumatismus nodosus (Navarro) 147.
Chorea, Behandlung (Langmead) 146.
Chorea, Behandlung mit Salvarsan und Neosalvarsan (Talent) 558.
Chorea, prolongierte, heiße Bäder (Palmer) 557.
Choreatische Paralyse (Netter und Ribadeau-Dumas) 531.
Choreatische Zuckung (v. Nießl-Mayendorf) 341.
Choreoidea, juvenile Gefäßerkrankungen (Gilbert) 172.
Choreoidea, Anomalie bei Mikrophthalmus (Bergmeister) 171.
Choreoidea, Tuberkulose (Voland)174.
Chyliformer Erguß ins Abdomen (Lediard) 500.
Chylothorax (de Lange) 117.
Chylus in den Fäzes (Salomon) 520.
Chymosin und Pepsin (van Dam) 2.
Crotalin, Injektionen bei Epilepsie (Spangler) 292.
Colitis pseudomembranacea (Steinschneider) 134.
Colon descendens, periodischer Spasmus (Hutinel) 549.
Corpus luteum, Einfluß auf Milchkühe (Gavin) 4 — Beziehung zur Milchdrüse (O'Donoghue) 6 — (Schäfer) 7 — (Bouin und Ancel) 546.
Corpus striatum, Entartung (Homén) 337.
Coryza (Richter) 379.
Coryza im Säuglingsalter (Göppert) 378.
Coryza, Prophylaxe mit Salizyl (Sick) 380.
Coryza, Behandlung (Lautmann) 379.
Coryza, interne Kalziumbehandlung (Januschke) 285.
Couveuse, elektrische (Thiede)61.
Coxa vara (Delitala) 566 — (Schwarz) 566, 569.
Cyclopie (Schwalbe und Josephy) 125.

Darm, Röntgenuntersuchungen (Chapin) 187, 507 — (Morse) 187.
Darm, Röntgendiagnostik der Darmkrankheiten (Faulhaber) 335.
Darm, Flora (Logan) 514.
Darm, Bakterienflora bei Diarrhöe (Bertrand) 414 — (Metschnikoff) 414.
Darm, Ätiologie des Säuglingsdarmkatarrhs (Bärthlein und Huwald) 309.
Darm, Durchlässigkeit für artfremdes Eiweiß und Doppelzucker (Hayashi) 196; 519.
Darm als Eintrittspforte bei Tuberkulose (Findlay) 498.

Darm, komplementbindende Antistoffe bei paratuberkulöser Darmentzündung (Bang und Andersen) 1.
Darm bei foudroyant verlaufender Genickstarre (Göppert) 213.
Darm, akuter Verschluß (Parry) 550.
Darm, akuter Verschluß bei Hirschsprungscher Krankheit (Knöpfelmacher) 253.
Darm, Perforation durch Askariden (Plew) 222.
Darm, Entwicklungsstörungen (Heigel) 549.
Darm, kongenitale Obliteration des Dünndarms (v. Thun) 133.
Darm, Atresie des Dünndarms (Baugher) 567.
Darm, Invagination 551 — (Barling)63 — (Becker) 548 — (Douriez und Marquis) 548 — (Fenwick) 548 — (Fromme) 548 — (Lotsch) 549 — (Nifong) 550 — (Novaro) 550 — (Sheffield) 550 — (Souttar) 134.
Darm, Ruptur (Kirmisson) 549.
Debilität, kongenitale und spasmophile Diathese (Rosenstern) 316.
Depopulation (Ballard) 570. — (Cros-Mayrevieille) 570.
Dementia (Périn) 557.
Dementia paralytica (Herbst) 238.
Dermatitis exfoliativa (Spork) 562.
Dermographie, anämische (Karasawa) 154.
Dermoid des Auges (Krailsheimer) 173.
Deviation conjugée mit Blickparese (Ruttin) 396.
Dextrokardie und Infantilismus tuberkulösen Ursprunges (Variot und Chatelin) 539.
Diabetes (Fischer) 559 — (Hescheles) 445 — (Salomon) 559 —
Diabetes beim Säugling (Knox) 150.
Diabetes, berechnete ärztliche Kostverordnungen (Schall) 125.
Diabetes mellitus bei Pankreatitis (Matko) 552.
Diabetes insipidus (Mamrot) 445 — (Tzarkies) 559.
Diabetes insipidus, Pathologie und Therapie (Meyer) 150.
Diabetes insipidus, Funktion der Hypophysis (Römer) 221.
Diagnostik (Gray) 509.
Diaphragma, Aplasie (Schminke) 114.
Diaphragma, Hernie (Kienböck) 565 — (Schmincke) 115 — (Wetterdal) 566.
Diaphyse, Tuberkulose (Broca und Philbert) 535.
Diaphyse, Fraktur bei Syphilis (Bonnet und Lacassagne) 535.
Diarrhöe, akute (Smith) 515 — (Tobler) 515.
Diarrhöe, chronische rekurrierende (Poynton, Armstrong und Nabarro) 514, 550.
Diarrhöe, parenteral bedingte (Göppert) 213.
Diarrhöe, infektiöse (Hunt) 198. — (Kendall) 198 — (Kendall und Day) 198 — (Kendall, Day und Bagg) 198 — (Smith) 198.
Diarrhöe, Infektiosität (Pironneau) 514.
Diarrhöe, infektiöse oder toxische (Saint-Girons) 414.
Diarrhöe, Bedeutung der Stubenfliege (Armstrong) 309, 511.
Diarrhöe und Bacterium coli (Blasi und Sampietro) 512.
Diarrhöe, Darmbakterienflora (Bertrand) 414 — (Metschnikoff) 414.
Diarrhöe, Sterblichkeit (Chambrelent) 512.
Diastase im Harn (Mayer) 415.
Diathesen (Kramsztyk) 417.
Diathese, Ursachen und Wesen (Eckert) 363.
Diathese und Disposition (v. Behring) 523.
Diathese, exsudative (Bockhorn) 535
Diathese, exsudative, Wasserstoffwechsel (Lederer) 523.
Diathese, exsudative und Eosinophilie (Aschenheim) 523 — (Kroll-Lifschütz) 317, 523 — (Putzig) 523.
Diathese, exsudative und Vagotonie (Krasnogorsky) 292.
Diathese, spasmophile und kongenitale Debilität (Rosenstern) 316.
Diphtherie (Bendix) 524 — (Hume) 528 — (Mc Lain) 529 — (Lichtenstein) 529 — (Turnau) 534 — (Weiß) 534.
Diphtherie, Komplikation (Jervis und Martyn) 528.
Diphtherie, ungewöhnliche Lokalisation (v. Bokay) 243.

Diphtherie, Conjunctivitis (v. Hoov) 172.
Diphtherie, blennorrhoische Prozesse (Kobrak) 426, 529.
Diphtherie des Mittelohres (Bénesi) 395 — (Smurlo) 396.
Diphtherie der Nase (Buttermilch) 239, 325.
Diphtherie, diphtheritischer Croup (Baginsky) 163.
Diphtherie, primäre des Larynx (Blegvad) 524.
Diphtherie, postdiphtherische laryngo-tracheale Narbenstenose (Savariaud und Zaepffel 563.
Diphtherie des Rachens und der Luftröhre (Fischer) 256.
Diphtherie des Ösophagus (Rollestone) 379.
Diphtherie, Ösophagusstenose (Moltzer) 117.
Diphtherie, Erkrankungen der Appendix (Reiche) 322, 532.
Diphtherie der Haut (Jack) 495, 528.
Diphtherie, Herpes facialis (Reiche) 426.
Diphtherie, Fußgangrän (Veau und Weber) 534.
Diphtherie, Zirkulationsschwäche (Mc Callum) 525.
Diphtherie, Obliteration der Arterien (Bailly) 524.
Diphtherie, Galoppрhythmus und Extrasystolen bei Myokarditis (Blacher) 323.
Diphtherie, Pathogenese postdiphtherischer Lähmungen (Hahn) 425.
Diphtherie, Behandlung und Wesen der Diphtherielähmung (Römer und Viereck) 453.
Diphtherie, postdiphtherische Paralyse (Hall) 527.
Diphtherie, postdiphtherische Hemiplegie (Leede) 211.
Diphtherie, postdiphtherische Polyneuritis (Dreyfus und Schürer) 526.
Diphtherie, gangräneszierende bei Scarlatina (Schmincke) 97.
Diphtherie, hereditäre Disposition (Spirig) 322.
Diphtherie, Kohlenstoffwechsel bei Diphtherievergiftung (Rosenthal) 520.
Diphtherie, Bedeutung der Leukozyteneinschlüsse (Rosanoff) 407.
Diphtherie, Leukozytenbefunde bei Serumexanthemen (Dupérié und Marliangeas) 526.
Diphtherie, Toxin, kutane Reaktion (Kasahara) 537.
Diphtherie, Toxinbefunde im Blut (Harriehausen und Wirth) 209.
Diphtherie, Gehalt des Blutes an Toxin (Otto) 304.
Diphtherie, Diagnose (Neisser und Schuster) 531.
Diphtherie, bakteriologische Diagnose (Schürmann) 533.
Diphtherie, bakteriologische Studien (Römer) 303.
Diphtherie, Bakteriologie (Römer) 532.
Diphtherie, Bakteriologie, Prophylaxe und Serotherapie (Lambotte) 529.
Diphtherie, Bazillen (Schmitz) 533.
Diphtherie, Bazillen im strömenden Blut (Roedelius) 532.
Diphtherie, Bazillen in den Organen (Liedke und Völckel) 325.
Diphtherie, Bazillen im Harn (Freifeld) 303.
Diphtherie, echte und Pseudodiphtheriebazillen (Meunier) 45.
Diphtherie, Bazillen und Skarlatina (Higgins) 495.
Diphtherie, Abtötung des Bazillus (Broeck) 524.
Diphtherie, Zusatz von Rindergalle zum Diphtherienährboden (Büsing) 302 — (Grundmann) 303 — (Schulz) 45.
Diphtherie, Bazillenträger (Albert) 65 — (Deist) 525 — (Schrammen) 65.
Diphtherie, Immunisierung (Löwenstein) 530.
Diphtherie, aktive Immunisierung (Schreiber) 495, 533.
Diphtherie, Dauer der aktiven Immunisierung (Dzierzgowski) 408.
Diphtherie, Einwirkung des ultravioletten Lichtes auf Toxin (Hartoch, Schürmann und Stiner) 510.
Diphtherie, Serumbehandlung (Heubner) 528. — (Hougardy) 528 — (Pulawski) 426.
Diphtherie, Haltbarkeit des Serums (Boehnke) 324, 421.
Diphtherie, Serumdosierung (Henninson) 528.

Diphtherie, Behandlung mit großen Serumdosen (Ehrhardt) 66.
Diphtherie, intravenöse Anwendung von Heilserum (Beyer) 274 — (Kausch) 210 — (Mixsell) 65.
Diphtherie, Anaphylaxie bei wiederholter Seruminjektion (Cuno) 262, 510 — (Joseph) 304.
Diphtherie, Serum bei infektiösen Augenerkrankungen (Janson) 172.
Diphtherie, antitoxisches Serum (Sivori und Caffarena) 533.
Diphtherie, neues Schutzmittel (Behring) 273 — (Bornemann) 209 — (Hahn und Sommer) 211 — (Hornemann) 528.
Diphtherie, von Behrings Vakzin (Kissling) 210 — (Kleinschmidt und Viereck) 66, 274.
Diphtherie, Behringsche Behandlung (Reiche) 274.
Diphtherie, neues Schutzmittel (Viereck) 274 — (Zangemeister) 273.
Diphtherie, Staphylokokkenspray (Womer) 211.
Diphtherie, Behandlung der Bazillenträger mit Staphylokokkenkultur (Rolleston) 274.
Diphtherie, Wirkung des Milchsäurebazillus (Nicholas und Hogan) 323 — Milchsäurebazillenspray (Wood) 274 — lokale Verwendung der Milchsäurebazillen (Goltz und Brodie) 495.
Diphtherie, Behandlung mit Yatren (Freund) 210 — (Kausch) 210.
Diphtherie, Behandlung mit Zyanquecksilber (Schulz) 453.
Diphtherie, Jodbehandlung des Rachens (Abel) 523 — (Strauch) 274.
Diphtherie, Inhalation von heißer Luft (Rendu) 274.
Diphtherie, Intubation und Tracheotomie (Zabko-Potowicz) 427.
Diphtherie, fortgesetzte Intubation bei diphtheritischer Kehlkopfstenose (Brückner) 66.
Diphtherie, Prophylaxe und Therapie (Schreiber) 273.
Diphtherie, Prophylaxe (Conradi) 377 — (Schanz) 379.
Diphtherie, Prophylaxe nach v. Behring (Bauer) 324, 524.
Diphtherie, Serumprophylaxe (Bassi) 524.
Diphtherie, Quarantäne (Fennell) 526.
Diphtherie, Bekämpfung (Bachauer) 425, 524 — (Mayer) 530.
Diphtherie, Bekämpfung in Harburg (Bachmann) 274.
Diphtherie, spezifische Bekämpfung (Ruppel) 324.
Diphtherie in Schulen (Gottstein) 324.
Diphtherie, Bekämpfung in den Schulen (Gettkant) 527.
Diphtherie, Bekämpfung in Schulen und geschlossenen Anstalten (Frank) 323.
Diphtherie, Kontrolle in öffentlichen Schulen (Bisell) 574.
Diphtherie, Statistik (Krysiewicz) 427.
Diphtherie und soziale Lage (Reiche) 426.
Dioradin (Kahn) 283 — bei Tuberkulose (Ritter) 488.
Diplokokken Polyserositis (Ronchetti) 532.
Dissozialität Jugendlicher (Lazar) 341.
Distichiasis congenita (Begler) 171.
Divergenz, Behandlung durch überkorrigierende Konkavgläser (Landolt) 173.
Dolicho-Stenomelie (Dubois) 567.
Dosierung von Arzneimitteln (Engel) 509.
Droserin bei Pertussis (Cramer) 525.
Drüse, Beurteilung der Drüsenschwellungen (Benfey und Bahrdt) 130.
Drüse, konservative Behandlung der Tuberkulose (Iselin) 284, 483.
Drüsenfieber (Davenport) 545.
Ductus arteriosus (Fromberg) 541.
Ductus omphalomesentericus, Offenbleiben (Veit) 569.
Ductus thoracicus, Tuberkulose (Schmincke) 113.
Dungernsche Syphilisreaktion (Samelson) 331.
Duodenum, Sondierung (Wolff) 289.
Duodenum, arterio-mesenterialer Verschluß (Frank) 548.
Duodenum, Ulkus (Holt) 221, 549. — (Pinniger) 522.
Dupuytrensche Kontraktur (Bunch) 553.
Durstkur bei Bronchitis und Bronchiektasie (Hochhaus) 439.

Dysenterie (Weihe und Schürer) 534.
Dysenterie kleiner Kinder (Weihe) 263.
Dysenterie, bazilläre (Blühdorn) 524 — (Harper) 527 — (Schild) 533.
Dysenterie, Y-Ruhr (Bauer, Ellenbeck und Fromme) 72 — (Siegel) 73.
Dysenterie durch Amöben (Lesage und Bonillier) 529, 549.
Dysenterie, Empfindlichkeit der kindlichen Haut gegenüber Toxin (Major und Nobel) 510.
Dysenterie, bakteriologische Befunde (Schild) 325.
Dysenterie, Endemie (Keuper) 420.
Dysenterie, Molketherapie (Frank) 289.
Dyspituitarismus (Reuben) 132.
Dysplasie, periostale (Broca, François und Bize) 560.
Dystonia musculorum deformans (Beling) 553.
Dystrophia adiposo-genitalis (Kidd) 546 — (Mamrot) 445.

Echinokokkus des Gehirns (Cassoute und Bocca) 525.
Echinokokkus der Lunge und Leber (de Jager) 327.
Eigenserum, therapeutische Verwendung (Spiethoff) 292.
Eisen, Beziehung der Milz zum Eisenstoffwechsel (Bayer) 338.
Eisen, eisenreiche und eisenarme Ernährung trächtiger Tiere (Fetzer) 519.
Eiweiß, Gehalt des Blutes und osmotischer Druck (Bernhard) 512.
Eiweiß, Gehalt des Säuglingsblutes und Leitfähigkeit (Hagner) 184.
Eiweiß, Durchlässigkeit des Säuglingsdarmes für artfremdes Eiweiß (Hayashi) 196, 519.
Eiweiß, Übergang der Verdauungsprodukte auf den Fötus (Buglia) 521.
Eiweiß der Kuhmilch (Orlowsky) 6.
Eiweiß, lösliche Eiweißkörper der Milch (Lindet) 6.
Eiweiß, Einfluß der Enzyme auf razemisches Eiweiß (Dakin und Dudley) 2.
Eiweiß, anaphylaktische Wirkung der Kaseinverbindungen (Gay und Robertson) 4.
Eiweißmilch (Beck) 261 — (Corter) 118 — (Haverschmidt) 118 — (Näf) 6, 514 — (Nobécourt und Schreiber) 6 — (Huet) 118 — (Sokoloff) 197 —
Eiweißmilch, Zubereitung (Hoobler) 415, 513 — Zubereitung zu Hause (Brady) 201.
Eiweißmilch, vereinfachte Herstellung (Kern und Müller) 411, 517.
Eiweißmilch bei Ernährungsstörungen (Ribadeau-Dumas) 411.
Eiweißnährschaden (Benjamin) 512.
Eiweißrahmmilch (Feer) 3, 288.
Eklampsie der Mutter, Schweißdrüsen beim Fötus (Fossati) 507.
Ekzem (Klingmüller) 154 — (Ochs) 561.
Ekzem mit tödlichem Ausgang (Hichens) 561.
Ekzem, Hautreaktionen (Mautner) 344.
Ekzem, generalisierte Vakzine bei Ekzema capitis (Obmann) 449.
Ekzem, Behandlung (Bendix) 291 — diätetische Behandlung (Finkelstein) 199.
Ekzem, jodhaltige Antiseptika (Szabo) 562.
Elektrokardiogramme schwächlicher Säuglinge (Noeggerath) 91.
Elektrokardiogramme bei tuberkulöser Perikardialsymphyse (Lewkowicz und Latkowski) 435.
Ellbogen, supracondyläre des Ellbogens (Hendrix) 158.
Ellbogen, syphilitische Arthritis (Balzer, Galloit und Champtassin) 539.
Embryo, Verknöcherung der Wirbelsäule (Retterer und Lelièvre) 521.
Embryoma-teratoma (Pomorski) 448.
Emphysem, subkutanes (Comby) 561.
Emphysem, mediastinales (Zarfl) 255, 562.
Emphysem der Haut bei Pertussis (Stammel jun.) 533.
Emphysem bei Masern (Piske) 531.

Empyem, Heberbehandlung (Holt) 332.
Emulsionsbereitung (Breitmann) 512.
Endokarditis, rheumatische (Lucas und Wentwarth) 542 — (Sutherland und Coombs) 542.
Endokarditis verrucosa (Oberndorfer) 357.
Endokrine Drüsen, Bedeutung für den Stoffwechsel in der Gravidität (Landsberg) 520.
Energiebedarf in den ersten Lebensmonaten (Samelson) 310.
Energiequotient bei natürlicher und künstlicher Ernährung (Engel und Samelson) 3, 310.
Engbrüstigkeit, physiologische (Grusdeff) 186.
Engel-Turnausche Reaktion (Sedziuk) 412.
Enteritis membranacea, fötale (v. Reuss) 249.
Entwicklung des Kindes (Collin) 511 — (van Voast) 511.
Enuresis (Gatti) 556 — (Girstenberg) 225 — (Robson) 558.
Enuresis und chronische Verdauungsstörungen (van der Bogert) 555.
Enuresis und Spina bifida occulta (Scharnke) 552.
Enzephalitis (Guinon und Aine) 556.
Enzephalitis, akute (Comby) 143, 556.
Enzephalitis, Amaurose (Uhthoff) 558.
Enzephalitis bei Otitis media (Voss) 564.
Enzephalitis und Syphilis (Pellegrini) 540.
Enzyme der Milch (Sachs) 7.
Enzymmilch und Biorisation (Hering) 5.
Eosinophilie (Schwarz) 523.
Eosinophilie und exsudative Diathese (Aschenheim) 523 — (Kroll-Lifschütz) 317, 523 — (Putzig) 523.
Epidermolysis bullosa (Cormac) 561 — (Finkelstein) 238.
Epiglottis, Form bei Status thymicolymphaticus (Landesberg) 523.
Epilepsie (Marchand und Petit) 557 — (Périn) 557 — (Woods) 227.
Epilepsie, kongenitale (Antoni) 560.
Epilepsie, familiäre Anlage (Steiner) 558.
Epilepsie, Ätiologie (Fairbanks) 556.
Epilepsie, Ätiologie und Symtomatologie (Weidner) 559.
Epilepsie, Assoziationsversuche (Hahn) 556.
Epilepsie, zerebrale Lähmung (Clark und Sharp) 227.
Epilepsie, paralytische Äquivalente (de Villa) 559.
Epilepsie, Behandlung (Erlenmeyer) 292. — (Röder) 292, 558.
Epilepsie, Phosphorbehandlung (Leubuscher) 292.
Epilepsie, Krotalininjektionen (Spangler) 292.
Epilepsie, Schilddrüsenbehandlung (Gelma) 292.
Epilepsie, Behandlung mit Milchfermenten (Rodiet) 558.
Epileptiformer pseudobulbärer Symptomenkomplex (Zappert) 559.
Epipharynx (Holmes) 563.
Epiphysenlösung (Schwarz) 566.
Epitheliom der Mamilla (Battle und Maybury) 156.
Epithelkörperchen, kongenitale Erkrankung (Carrison) 546.
Epithelperlen am harten Gaumen (Peter) 299.
Erbrechen, Symptomatologie und Behandlung (Silvestre) 515.
Erbrechen, habituelles und Pylorusspasmus (Liefmann) 549.
Erbrechen, Behandlung mit zuckerreicher Milch (Variot und Lavialle) 516.
Erbrechen, Behandlung mit Natriumzitrat (Sebilleau) 289.
Erbrechen, neurotisches (Clure) 308.
Erbrechen, medizinische Behandlung des nervösen (Rosenhaupt) 288.
Erinnerungen (Fischl) 41.
Ernährung (Love) 6 — (Pisek) 514 — (Raudnitz) 514 — (Rulison) 515.
Ernährung des Neugeborenen (Leo-Wolf) 522.
Ernährung älterer Kinder (Emerson) 305.
Ernährung und Wachstum (Aron) 306.
Ernährung und Pflege (Tugendreich) 515.

Ernährung, Nahrungsbedarf (Watson) 51.
Ernährung, Nahrungsbedürfnis, Appetit und Hunger (Sternberg) 456.
Ernährung, einseitige (Weill und Mouriquand) 516.
Ernährung, ausschließliche Milchernährung bis ins 13. Lebensjahr (Goett) 110.
Ernährung, rektale (Mutch und Ryffel) 298.
Ernährung, natürliche (Cran) 48 — (Forsyth) 48 — (Jaschke) 513 — (Jones) 513 — (Naish) 48.
Ernährung, natürliche, mangelnde Gewichtszunahme (Samelson) 515.
Ernährung, künstliche (Philippson) 7 — (Smith) 51 — (Variot) 515 — (Wheeler) 8.
Ernährung, Nährmittel (Cameron) 50.
Ernährung, Herstellung der Nahrungsmischungen (Müller und Schloss) 412, 518.
Ernährung, moderne Methoden (Fulton) 512.
Ernährung mit Vollmilch (Haubridge) 513.
Ernährung mit Milchverdünnung (Cannon) 512.
Ernährung mit Friedenthalscher Milch (Bahrdt) 511 — (Friedenthal) 512.
Ernährung mit molkenadaptierter Milch (Leopold) 513.
Ernährung mit Kaseinkalziummilch (Beck) 511.
Ernährung mit Larosan (Bertlich) 512.
Ernährung mit Trockenmilch Pritchard) 514.
Ernährung mit Gemüsepulvern (Friedenthal) 512.
Ernährung mit Milch beim Kaninchen (Mazé und Pettit) 514.
Ernährung und Antikörperbildung (Kleinschmidt) 5.
Ernährung bei fieberhaften Erkrankungen (Kapferer) 298.
Ernährung und Infektion (Hornemann) 490 — (Langstein) 198 — (Thomas) 490 —
Ernährung von anämischen und tuberkulösen Kindern (Locke) 513.
Ernährung bei Skrolufose (Moro) 490.
Ernährung bei hereditärer Syphilis (Barbier) 539.
Ernährung, Beziehungen zur Zahnkaries (Dingwall-Fordyce und Gibbs) 345.
Ernährung, Wahl von Nahrungsstoffen in Krankheiten (Noorden) 298.
Ernährung, diätetische Behandlung innerer Krankheiten (Grober) 454.
Ernährung in Boston (Morse) 514.
Ernährung in Lemberg (Lateiner-Mayerhofer und Progulski) 413.
Ernährung in der Züricher Bevölkerung (Oswald) 514.
Ernährungsstörungen (Abt) 511.
Ernährungsstörung (Gaing) 512 — (Haverschmidt) 505 — (Neff) 514 — (Nobécourt) 514 — (Nobécourt und Darré) 514 — (Pacchioni) 514 — (Schelble) 515 — (Tedeschi) 515.
Ernährungsstörung der Brustkinder und Konstitution (Friedung) 61.
Ernährungsstörung, schwere Verdauungsinsuffizienz jenseits des Säuglingsalters (Wieland) 55, 516.
Ernährungsstörungen, kritische Betrachtungen (Pacchioni) 52.
Ernährungsstörungen, akute (Stolte) 193.
Ernährungsstörung, chronische (Ferguson) 512.
Ernährungsstörung, infektiös-toxische (Wichura) 516.
Ernährungsstörung, Unter- und Überernährung (Variot) 515.
Ernährungsstörung, Behandlung und Diagnose (Pritchard) 514.
Ernährungsstörungen, bakteriologische Diagnostik und Behandlung (Vincent) 308, 516.
Ernährungsstörung, Ätiologie des Säuglingsdarmkatarrhs (Baerthlein) 241.
Ernährungsstörungen e constitutione (Schloss) 313.
Ernährungsstörungen und psychomotorische Erregbarkeit (Boncour) 55.
Ernährungtherapie (Benfey) 511.
Eröffnungsvorlesung (Jemma) 507.
Erstickung durch die Milch der Mutter (Hjort) 412.

Ertaubung, plötzliche, nach Scharlachotitis (Manasse) 395.
Erysipel, generalisiertes (Guinon und Izard) 527.
Erythem, infektiöses, bei Morbillen (Weill und Gardère) 534.
Erythema multiforme bullosum (Weinländer) 249.
Erythema nodosum (Voisin) 562.
Erythema nodosum und Tuberkulose (Dotti) 82 — (Pollak) 479.
Erythrodermia desquamativa (v. Sarnowski) 561 — (de Vaugiraud) 562.
Erziehung, physiche (Hernot) 511.
Erziehung, physische, nach Hébert (Glénard) 554.
Erziehung, Mädchenerziehung (Müller) 555.
Erziehung, körperliche, des Kindes (Spitzy) 452.
Eukalyptusfrage bei Skarlatina und Morbillen (Elgart) 275.
Eunuchoidismus (Salecker) 334.
Exanthem, masernähnliches (Leiner) 245.
Exenzephalus (Vallois) 569.
Exibards abessinisches Räucherpulver (Hirschberg) 286.
Exophthalmus mit Struma (Ashby) 545.
Exostosen, multiple (Kirmisson) 540.
Exsudative Diathese (Bockhorn) 535.
Exsudative Diathese und Eosinophilie (Aschenheim) 523 — (Kroll-Lifschütz) 317, 523 — (Putzig) 523.
Exsudative Diathese und Vagotonie (Krasnogorsky) 292.
Exsudative Diathese und Wasserstoffwechsel (Lederer) 523.
Extrasystolen bei diphtherischer Myokarditis (Blacher) 323.

Fasten als Heilmethode (v. Segesser) 168.
Favus (Kaufmann-Wolf) 229.
Fazialis, Parese (v. Reuss) 558.
Fazialis, Lähmungen (Dahlmann) 342.
Fazialis, Anastomose mit Hypoglossus (Bevers) 148.
Fazialis, Polyneuritis nach Scarlatina (Max) 396.
Fazialis, Phänomen bei neuropathischen Familien (Hochsinger) 251.
Fäzes, Klinische Bedeutung (Heese) 513.
Fäzes, Untersuchung (Gaultier) 513.
Fäzes, Untersuchung auf Wurmeier (Ginsburg) 135.
Fäzes, Reaktion (Weill und Dufort) 521.
Fäzes, Nachweis von Kasein (Liwschiz) 517.
Fäzes, Rohmilchgerinnsel (Poulsen) 314.
Fäzes, Aschegehalt und Azotämie (Nobécourt und Bidot) 520.
Fäzes, Methode zur Fettschätzung (Cowie und Hubbard) 58.
Fäzes, Kotstein (v. Khautz) 549.
Fäzes, Chylusstühle (Salomon) 520.
Fäzes, Tuberkelbazillen (Laird, Kitt und Stewart) 87.
Febris recurrens (Winocouroff) 215.
Fehldiagnose (Sheffield) 509.
Femur, Entwicklungsstillstand (Perrin) 560.
Femur, Schenkelhalsfraktur (Schwarz) 566.
Femur, Tuberkulose (Schmincke) 99.
Fermente der Milch (Mazé) 518.
Fermente und Molke (Davidsohn) 306.
Fermente der Milchdrüse und der Milch (Grimmer) 4, 492, 517.
Ferment, lipolytisches Milchferment (Davidsohn) 200.
Ferment, proteolytisches (Gerber und Guiol) 4.
Fermente im Mekonium (Schmidt) 520.
Fermente des Pankreas und Pylorospasmus (Hess) 289.
Fermente und ihre Wirkungen (Oppenheimer) 165.
Ferment, Behandlung der Tuberkulose (Rubaschef) 485.
Ferment, Wirkung des tryptischen auf Tuberkulose (Saidmann) 485.
Fermentmilch (Cacaca) 2.
Fett, Stoffwechsel bei Gallengangsverschluß (Yllpö) 521.
Fett, Einfluß auf die Magenverdauung (Riva Rocci) 520.
Fett, Einfluß von Fettzulagen auf den Stoffwechsel (Giffhorn) 4, 234.
Fett, Methode zur Schätzung im Stuhl (Cowie und Hubbard) 58.

Fett, Steigerung des Fettgehaltes der Milch (Grumme) 4.
Fett, unterste Fettgrenze für Vollmilch (Metzer) 6.
Fett, Milchfett altmelker Kühe (v. Fodor) 3.
Fett, Glyzeride des Butterfettes (Amberger) 1.
Fett, Gehalt des Butterfettes an flüchtigen Fettsäuren (Beerbohm) 2, 516.
Fett, Kapronsäure des Milchfettes (v. Fodor) 3.
Fett, symmetrischer progressiver Fettschwund (Husler) 559.
Fettsucht (Mouriquand) 547.
Fettsucht, konstitutionelle und innere Sekretion (Umber) 547.
Fibula, angeborener Defekt (Corner) 567.
Fieber, chronisches (Philipps) 508.
Fieber, Salzfieber (Heim) 311.
Fieber nach Kochsalzinfusionen (Rietschel, Heidenhain und Ewers) 416.
Fieber bei Lungentuberkulose (Damask) 283.
Findelhaus (Ruland) 366.
Findelhaus in Stockholm (Lesné und Richet) 574.
Findelanstalt und Syphilis (Riether) 218.
Fliege, Beziehungen zu diarrhöischen Erkrankungen (Armstrong) 309, 511.
Fluor, Xerasebehandlung (Abraham) 277.
Formaldehyd im Urin (v. Breunig) 519.
Formaldehyd, Abspaltung des Hexamethylenamins (Hanzlik und Collins) 44.
Försters Operation bei Littlescher Krankheit (de Beule) 555.
Fötus, Sensibilität (Keiffer) 521.
Fötus, Fermente im Magen und Darm (Schmidt) 520.
Fötus, Schweißdrüsen (Fossati) 507.
Fötus, Lunge (William) 507.
Fötus, histologische Untersuchungen der Lunge (Sorel) 521, 569.
Fötus, Übertragung der Tuberkulose (Dufour und Thiers) 536.
Fötus, Beziehungen mütterlicher Erkrankungen (Raubitschek) 521.
Fötus, Hydrops (Linder) 521.
Fötus, Variola (Hall) 527.
Fötus, Persistenz von Resten der fötalen Pupillarmembran (Stähli) 173.
Fötus, Verschluß der fötalen Augenspalte (Seefelder) 173.
Fraktur, spontane Knochenfrakturen (de Bruin) 344.
Fraktur, suprakondyläre des Ellbogens (Hendrix) 158.
Fraktur, Heißluft (Schepelmann) 348.
Frank - Kinderspitals - Stiftung (Schönbauer) 574.
Frauenmilch, Reaktion (Davidsohn) 2.
Frauenmilch milchreicher Frauen (Bamberg) 47.
Frauenmilch, künstliche Steigerung der Sekretion (Friedemann) 3.
Frauenmilch in Kinderkliniken (Hoobler) 574.
Frauenmilch, konservierte (Progulski) 414.
Frauenmilch, Bakteriolysine (Medowikoff) 191.
Freiluftschulen (Pelt) 575.
Fremdkörper im Ösophagus (Garland) 548 — (Guisez) 543, 565.
Fremdkörper, mit Extraktion Bronchoskopie (Galewsky) 231.
Friedenthalsche Milch (Bahrdt) 1, 511 — (Friedenthal 512.
Friedmannsches Tuberkuloseserum (Klemperer) 283 — (Mannheimer) 283 — (Westenhöfer) 283.
Friedreichsche Ataxie (Bass) 555 — (Dupré und Logre) 556 — (Saunders) 558.
Frühgeborene, Lebensaussichten (Bakker) 60.
Frühgeborene, Mortalität (Cordier) 61.
Frühgeborene, zentrale Temperatur (Apert) 405.
Frühgeborene, Besonderheiten des Pankreas (Stiftar) 182.
Fumiform zur Behandlung der Tuberkulose (Floer) 284.
Fürsorge (Cahen) 570. — (Chambrelent) 570 — (Erhard) 570 — (Furrer) 571 — (Rohmer) 572 — (Smith) 573.
Fürsorge, Tätigkeit der Gemeinden (Samter) 159.
Fürsorge für uneheliche Kinder (Diefenbach) 368.

Fürsorge für Kinder außerhäuslich erwerbstätiger Ehefrauen (Rott) 161.
Fürsorge für gewerblich tätige Kinder (Bender) 570.
Fürsorge für abwandernde und abgewanderte Jugendliche (Polligkeit) 368.
Fürsorge und Wohnungsreform (Prausnitz) 572.
Fürsorge und Hebammen (Kindler) 571.
Fürsorge für Säuglinge (Aviragnet) 449 — (Marfan) 450 —
Fürsorge für Schwangere (Desprechins) 521.
Fürsorge in kleinen Städten (Pürckhauer) 572.
Fürsorge in Lübeck (Pauli) 572 — (Joel) 160.
Fürsorge in München (Reinach) 572.
Fürsorge, Kataster der österreichischen Anstalten (Forscher) 571.
Fürsorge in Mähren (Roller) 572.
Fürsorge in Frankreich (Cannet) 570.
Fürsorge, Hospiz für Fürsorgekinder im Departement „Seine" 574.
Fürsorge in Brasilien (Moncorvo fils) 572.
Fürsorge in Cleveland (Wykoff) 573 — (Gerstenberger) 571.
Fürsorge, Mitarbeit der weiblichen Schuljugend in New York (Borchardt) 161.
Fürsorge, Pfleglinge der Milchstationen (Reuben) 450.
Fürsorgeeinrichtungen der Anilinfabriken im Greppinwerke (Staeps) 573.
Fürsorgeschwester in München (Koebner) 571.
Fürsorgestellen der Großstadt (Grimm) 571.
Fürsorgestellen in Breslau (Freund) 571.
Fürsorgestellen in München-Westend (Schmidt) 573.
Fürsorgestelle in Evreux (Thirard) 573.
Fürsorgestellen im Departement Yonne (Marois) 572.
Furunkulose (Pallesen) 60.
Furunkulose, Behandlung (Schubert) 446.
Furunkulose, Autovakzination (Harriehausen) 292.
Füße, schwache (Whitbeck) 349.
Galaktose, Intoleranz (Laliwa) 520.
Galaktosurie bei Leberkrankheiten (Hatiegan) 551.
Galle, Farbstoffsekretion (Yllpö) 551.
Galle, kongenitaler Verschluß (Yllpö) 521.
Galle, kongenitaler Defekt der Gallenausführungsgänge (Schotten) 136.
Galle, Zusatz von Rindergalle zum Diphtherienährboden (Büsing) 302 — (Grundmann) 303.
Galopprhythmus bei diphtheritischer Myokarditis (Blacher) 323.
Ganglien des Herzens bei Skarlatina (Selinoff) 209.
Gangrän, spontane (v. Khautz) 561.
Gangrän, symmetrische (de Lange) 117.
Gangrän der Appendix (Vaccari 566.
Gangrän des Fußes (Schmincke) 114.
Gangrän der Nase bei Tuberkulinprobe (Müller) 379.
Gangränöse Kopfschwarte infolge Syphilis (Fischer) 256.
Gastritis, interstitielle (Cailliau) 535.
Gaumen, Tuberkulose des weichen Gaumens (Herbst) 233.
Gaumenspalte, Brophysche Behandlung (Kaerger) 230.
Geburtenrückgang (Veit) 573.
Geburtenzahl, Beschränkung (Groth) 571.
Geburtshilfliches Vademekum (Richter) 372.
Gehes Kodex 456.
Gehör Neugeborener und Säuglinge (Kutvirt) 395.
Geistesstörung und Kriminalität (Raecke) 256.
Gelatine, Einfluß auf die Viskosität des Blutes (Cmunt) 296.
Gelenk, kongenitale Versteifungen (Rocher) 565.
Gelenk, akute Gelenkentzündungen (Gebhardt) 348.
Gelenk, akute eitrige Entzündung (Judt) 419.
Gelenkrheumatismus, primärer chronischer (Strauß) 255.
Gelenkrheumatismus, primärer und Parotitis (Bien) 245.
Gemüsepulver (Friedenthal) 512.

Genitalien, Tuberkulose (Lyons) 216, 537 — (Fano) 470.
Genu valgum (Spalding) 567.
Genu valgum, rachitische Exostosen (Wiemers) 567.
Gewebsmißbildungen (Herxheimer) 125.
Glandula pinealis, Tumor (van der Heide) 505.
Glandula pinealis und Hypophysis in der Pathologie (Poppi) 166.
Glandula pinealis in der Behandlung Abnormer (Berkeley) 555.
Glaukom der Jugendlichen (Löblein) 173.
Gliom (Gilbert) 354.
Gliom der Retina (Gleeson) 562.
Gliom der Retina, spontane Heilung (Lindenfeld) 173.
Glissons De Rachitide (Ebstein) 507.
Globinkaseinat (Robertson) 7.
Globinkaseinat, anaphylaktische Eigenschaften (Day und Robertson) 4.
Glossitis exfoliativa und Schnuller (Wodak) 551.
Glykuronsäure im Harn (Abderhalden) 417.
Glyzeride des Butterfettes (Amberger) 1.
Glyzyltryptophanprobe (Koch) 5, 517.
Gonitis, syphilitische (Magyar) 248.
Gonokokken, Sepsis beim Neugeborenen (Leidenius) 77.
Gonokokken, Urethritis (Smith) und Kee) 139, 553.
Gonorrhöe, Vakzinebehandlung (Hamburger) 243, 326 — (Jack) 528.
Gordius als Parasit des Menschen (Herzog) 135.
Granularatrophie der Nieren (Jacobs) 442.
Gravidität, Stoffwechsel (Fetzer) 519. — (Landsberg 520.
Grieß, Ausnutzung von Grießbrei (Pfersdorf und Stolte) 288.
Guajakol, Vergiftung (Sexton) 407.
Gumma der Lunge (Fischer) 256.
Gymnastik, respiratische (Gommaerts) 161.

Hackenfuß (v. Pfaundler) 112.
Hallux varus (Trinci) 567.
Hals, Mißbildungen (Josephy) 125.
Hals, mediane Mißbildungen (Piazza) 568.
Hals, Behandlung der tuberkulösen Lymphdrüsen (Mutschenbacher) 486.
Halsdrüsen unblutige Therapie der Halsdrüsentuberkulose (Petersen) 499.
Halsfistel (Codet-Boisse) 567.
Halsfistel, angeborene (Nobe) 568.
Hämatom, intradurales (Ruttin) 396.
Hämatom, subdurales beim Neugeborenen (Henschen) 271.
Hämatome, mesenchymale in Leber und Milz (v. Falkowski) 229.
Hämaturie bei Typhus (Belkowsky) 276.
Haemocephalus externus (Schmincke) 98.
Hämoglobinurie, paroxysmale (Nobel) 248.
Hämoglobinurie, paroxysmale, Pathologie und Therapie (Reiß) 139.
Hämoglobinurie, Injektion von Diphtherieserum (Marie und Rouèche) 544.
Hämolytische Anämie (Götzky und Isaac) 219.
Hämophilie (Tixier) 544 — (von den Velden) 544.
Hämophilie, Kasuistik (Heyter) 296.
Hämophilie, direkte Transfusion (Lespinasse) 544.
Hämophilie, Behandlung mit menschlichem Blutserum (Traver) 296.
Hämophilie, Gefahren der Peptoninjektion (Lereboullet und Vaucher) 544.
Hämorrhagische Erkrankungen (Tixier) 544.
Hämorrhagie, unstillbare (Blühdorn) 271.
Hämorrhagie beim Neugeborenen (Glippingdale) 544 — (Goldstine) 544 — (Jennings) 271 — (Pinninger) 522.
Hämorrhagie beim Neugeborenen, subkutane Blutinjektionen (Schloss) 544.
Hämorrhagie, intrakranielle bei Neugeborenen (Green) 494.
Hämorrhagie, intrakranielle (Benthin) 347 — (Green) 522 — (Kowitz) 557.
Hämorrhagie, zerebrale (Auban) 555.

Hämorrhagie, gastrointestinale (Bonnet-Laborderie) 521.
Hämorrhagie der Niere (Barringer) 298.
Hämorrhagien bei Scarlatina (Klimenko) 208.
Hämorrhagische Varizellen (Oberndorfer) 357.
Hand, Volkmannsche ischämische Kontraktur (de Swietochowski) 158.
Hand, Tuberkulose des Handgelenks (Laplanche) 81.
Handbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie des Kindesalters (Brüning und Schwalbe) 42, 118.
Handbuch der gesamten Tuberkulose (Bandelier und Roepke) 462.
Handbuch der Deutschen Schulhygiene (Selter) 265.
Harn, Untersuchung (Mayerhofer) 520.
Harn, Diastase (Mayer) 415.
Harn, Formaldehydproben (v. Breunig) 519.
Harn, Nitroprussidnatriumreaktion (Klein und Visser) 519.
Harn, Farbe bei Scarlatina (Gouellec) 527.
Harn, anorganischer Phosphor bei künstlicher Ernährung (Kaminer und Mayerhofer) 203.
Harn, organische Säuren (Aron und Franz) 518.
Harn, Hippursäure (Amberg und Helmholtz) 518.
Harnblase, Divertikel (Pfanner) 568.
Harnblase, Stein (Schmincke) 99.
Harnblase, Balkenblase (Bonnaire und Ecalle) 567.
Harnblase, Tumor (Hilsmann) 565.
Harnsäure, geformte Ausscheidung (Eckert) 519.
Harnwege, Steinbildung (Collins) 224.
Hasenscharte (v. Tothfalussy) 569.
Haut, Reaktionen (Mautner) 344.
Haut, Empfindlichkeit gegenüber Dysenterietoxin und Tuberkulin (Major und Nobel) 510.
Haut, Krankheiten (Pisko) 561.
Haut, septikämische Infektion (Paiseau) 506.
Haut, Branchiome (Hallé) 506.
Haut, Emphysem (Zarfl) 562.
Haut, Emphysem bei Pertussis (Stammel jun.) 533.
Haut, Diphtherie (Jack) 495, 528.
Haut, miliare Tuberkulose Northrup) 538.
Haut, Tuberkulose, Chemotherapie (Perutz und Sippel) 379.
Haut, Behandlung der Pyodermitis (Triboulet) 446.
Haut, Verwendung des Radiums bei Epitheliome, Angiome und Keloide (Wickham und Degrais) 44.
Hefe, Bereitung (Funk) 3.
Heilpädagogik (Girstenberg) 225, 554.
Heilerziehungsheime (Gohde) 554.
Heilstätten für tuberkulöse Kinder (Bruck und Pannwitz) 490.
Heliotherapie (D'Ölsnitz) 510.
Heliotherapie, Einfluß aufs Blut (Aschenheim) 543.
Heliotherapie bei Tuberkulose (Brecke) 488 — (Jerusalem) 488 — (Machado) 488 — (Prochaska) 488 — (Rollier) 488 — (Spitzmüller und Peterka) 488 — (Theumer) 488 — (Treplin) 488 — (Zadro) 488.
Heliotherapie der chirurgischen Tuberkulose (Jerusalem) 537.
Heliotherapie bei chirurgischer Tuberkulose (Trèves) 538.
Helminthiasis (Railliet) 538.
Helminthiasis und Appendizitis (Sagredo) 336.
Hemeralopie, idiopathische (Ishihara) 172.
Hemeralopie, epidemische idiopathische (v. Herrensdurand) 172.
Hemeralopie, gehäuftes Vorkommen (v. Hippel) 172.
Hemiplegie, zerebrale (Marchand und Petit) 557. — (Pini) 557.
Hemiplegie, postdiphtherische (Leede) 211.
Hemiplegie, infantile, spastische tuberkulöser Natur (Cannata) 470.
Hemiplegie bei Syphilis (Babonneix und Tixier) 539.
Hemiplegie, Geistesschwäche (Variot und Chatelin) 559.
Hemiplegie, methodische Massage (Debierre) 556.
Henochsche Purpura (Barling) 63, 543 — (Lederer) 64.

Hepatitis, familiäre juvenile (Homén) 337.
Heredität und Kinderwohlfahrt (Trawick) 507.
Heredität bei Epilepsie (Clark und Sharp) 548.
Hernie, Anlage (Bernstein) 564.
Hernie des Diaphragma (Kienböck) 565 — (Schmincke) 115 — (Wetterdal) 566.
Hernie, inguinale (Stone) 566 — (Vaccari) 566 — (Veau) 566 — (Whitelocke) 566.
Hernie des Nabels (Herding) 565.
Hernie, krurale (Salzer) 255, 565.
Hernie, Tubeovarial-Hernie (Eustace und Nealy) 565.
Hernie der Lunge bei Spondylitis tuberculosa (Duncker) 536.
Hernie, Behandlung (Ochsner) 230.
Hernie, konservative Behandlung (Fischl) 565.
Hernie. Radikalbehandlung (de la Villéon) 566.
Hernie, Operation (Dun) 564.
Hernie, inguinale; Behandlung (Hertzler) 230.
Herpes, familiärer und rezidivierender (Gianelli) 561.
Herpes facialis bei Diphtherie (Reiche) 426.
Herz, Arbeitsleistung Müller) 185.
Herz, Pulsation (Goett) 91.
Herz, Elektrokardiogramme schwächliche Säuglinge (Noeggerath) 91.
Herz, Rhythmusstörungen (Nobécourt) 542.
Herz, Arhythmie (Delneuville) 93 — (Troitzky) 92.
Herz, Vorhofflimmern und Arhythmie (Nadel) 249.
Herz, psychische Geräusche (Bensch) 438.
Herz, bedeutungslose Geräusche in der Präkordialgegend (Hochsinger) 43.
Herz, erworbene Krankheiten (Rotch und Dunn) 542.
Herz, Erkrankungen des Herzmuskels (Krehl) 123.
Herz, Insuffizienz des linken Ventrikels (Hutinel) 542.
Herz, Hypertrophie (Oberndorfer) 357.
Herz, Dilatation und Hypertrophie (Nobécourt) 542.
Herz, Asystolie nach Herzdilatation (Méry, Salin und Wilborts) 542.
Herz, Geländebehandlung herzkranker Kinder im Mittelgebirge (Roeder) 454.
Herz, Stimulation (Lukas) 407.
Herz, Aminosäuren bei Herzkrankheiten (Fonto) 519.
Herz, Massage bei Totgeborenen (Larue)) 522.
Herz bei Scarlatina (Selinoff) 209.
Herz, nephritische Anomalien bei Skarlatina (Baginsky) 422.
Herz, kongenitaler Fehler (Campbell und Hepburn) 541 — (Crookshank) 541 — (Motzfeld) 92.
Herz, angeborener Fehler und Nephritis (Clanahan) 552.
Herz, kongenitale Deformität (Robertson) 568.
Heufieber, Behandlung nach Wright (Ellern) 378.
Heufieber Kalksalze (Hoffmann) 378.
Hexamethylenamin, antiseptische Wirkung (Hanzliki und Collins) 44.
Hilfsschule, heilpädagogisches Seminar (Büttner) 553.
Hilus, Tuberkulose (Sluka) 479.
Hinterhauptdrüsen, Tastbarkeit (Wodak) 545.
Hippursäure im Säuglingsharn (Amberg und Helmholtz) 518.
Hirn, Physiologie des Großhirns (Rosenfeld) 124.
Hirn, Tätigkeit der Hirnrinde (Krasnogorski) 508.
Hirn, Grundmechanismen der Arbeit der Großhirnrinde (Krasnogorski) 41.
Hirn, Hämorrhagie (Auban) 555.
Hirn, Stauungsblutungen (Schmincke) 98.
Hirn, Aplasie (Sutherland und Paterson) 143.
Hirn, idiopathischer Abszeß (Henderson) 142.
Hirn, Tumoren (d'Astros) 555.
Hirn, Erkrankungen bei Syphilis (Babonneix) 505.
Hirn, Beziehungen der Gehirnkrankheiten zur Syphilis (Babonneix) 539.
Hirn, Echinokokkus (Cassoute und Bocca) 525.
Hirschsprungsche Krankheit (Exchaquet) 223 — (Frank) 335 — (Mamrot) 441 — (Neugebauer) 550 — (Page) 550.
Hirschsprungsche Krankheit, Symptome und Diagnose (Porte) 550.

Hirschsprungsche Krankheit mit akutem Darmverschluß (Knöpfelmacher) 253.
Hirschsprungsche Krankheit, abdominale Kolonresektion (Perthes) 550.
Histopin (Saalfeld) 292.
Hitze und Säuglingssterblichkeit (Schereschewsky) 232, 573.
Hitze und Sommerdiarrhöe (Zahorsky) 198, 516.
Hitze, Einfluß auf junge Hunde (Schreiber und Dorlencourt) 42.
Hoden, Tumor (Hardouin und Potel) 565.
Hoden, Sarkom (de la Villéon) 566.
Homogenisierte Milch, Brownsche Molekularbewegung (Lavialle) 5.
Hormone der Milchsekretion (Ott und Scott) 7.
Hörvermögen der Deszendenz kongenitaltauber Eltern (Skrowaczewski) 563.
Hufelands Meinungen über Pädiatrie (Troitzky) 182.
Hüftgelenk, kongenitale Luxation (Ludloff) 448 — (Bade) 564 — (Bradford) 566 — (Bankart) 158.
Hüftgelenk, Distentionsluxation bei Mongolismus (Peltesohn) 448.
Hüftgelenk, Erkrankung (Legg) 565.
Hüftgelenk, Kontraktur nach Poliomyelitis (Soutter) 566.
Hüftgelenk, Tuberkulose (Morton) 82.
Hunger (Schlossmann) 520.
Hunger, Stoffwechsel (Schlossmann und Murschhauser) 493, 494.
Hunger, Einfluß der vorangegangenen Ernährung auf den Stoffwechsel (Schlossmann und Murschhauser) 416.
Hunger und Zuckerausscheidung (Rietschel) 203.
Hydrencephalocele occipitalis (Hees) 231.
Hydronephrose (Richter) 552.
Hydrophthalmus congenitus (Golomb) 562 — (Takashima) 174.
Hydrops, kongenitaler (Wolff) 218 — (Lendertz) 542.
Hydrops, universeller (Hellseid) 522.
Hydrops beim Fötus (Linder) 521.
Hydrops, kardialer, mit Aszites (Januschke) 250.
Hydroureter bilateralis (Heiman) 224.
Hydrozele, Operation (Nicoll) 157.
Hydrozephalus internus (Dandy und Blackfan) 228.
Hydrozephalus, chronischer; Strassburgersche Transparenzuntersuchung (v. Bokay) 142.
Hydrozephalus, Behandlung (Haynes) 142.
Hydrozephalus, Behandlung durch Balkenstich (Tomaszewski und Schreiber) 444.
Hydrozephalus, experimenteller (Walter) 142.
Hydrozephalus, Chemie der Flüssigkeit (Sieburg) 417.
Hydrozephalus, Ausscheidung des Urotropins (Usener) 302.
Hygiama als Laktogogon (Huet) 506.
Hygiene des Kindes (Macy) 233.
Hypernephrom der Nebennierenrinde (Jump, Beates jun., Babcock) 546.
Hyperphalangie (Geelvink) 567.
Hypertrophie der großen Zehe (Speese) 560.
Hypoglossus, Anastomose mit Fazialis (Bevers) 148.
Hypophysäre Syndrome (Gaillard) 546.
Hypophyse, Einfluß auf die Milchdrüse (Schäfer) 7.
Hypophyse, Wirkung des Extraktes auf die Milchsekretion (Hammond) 4, 546.
Hypophyse, Einfluß auf Milchkühe (Gavin) 4.
Hypophyse, Insuffizienz bei Achondroplasie (Baumel und Margarot) 560.
Hypophyse, Dystrophia adiposogenitalis (Mamrot) 445.
Hypophyse, Dispituitarismus (Reuben) 132.
Hypophyse und Zirbeldrüse (Poppi) 166.
Hypophyse, Beziehungen zu Erkrankungen des Nasenrachens und der Keilbeinhöhlen (Citelli) 377.
Hypophyse und Diabetes insipidus (Römer) 221.
Hypophyse, Syphilis (Simmonds) 547.

Hypophyse bei Rachitis (v. Maltzahn) 560 — (Weiss) 293, 561.
Hypophysenextrakt bei Asthma (Borchard) 286.
Hypotrophie durch Unterernährung (Grandjean) 513.
Hypnotismus und Suggestion (Trömmer) 558.
Hysterie (Engel) 341 — (Griffith) 556.
Hysterie, Prognose und Ätiologie (Tobias) 147.

Jahrbuch der Fürsorge (Klumker) 367.
Idiosynkrasie gegen Kuhmilch (Neuhaus und Schaub) 199.
Idiotie (Marchand und Petit) 557.
Idiotie, amaurotische (v. Pfaundler) 112 — (Price) 558.
Idiotie, amaurotische familiäre (Harbitz) 172.
Idiotie, amaurotische familiäre und Stoffwechseluntersuchungen (Hymanson) 204.
Idiotie, amaurotische spätinfantile (Bielschowsky) 555.
Idiotie, amaurotische; Ätiologie, Pathogenese und pathologische Anatomie (Savini-Castano und Savini) 145.
Jefimoffs Reaktion (Gilerowitsch) 87.
Ikterus neonatorum (Gibbon) 551 — (Hirsch) 551 — (Schmitz) 551 — (Yllpö) 551.
Ikterus neonatorum, Pathogenese (Gorter) 505.
Ikterus, kongenitaler hämolytischer (Chauffard) 551.
Ikterus, hämolytischer der Neugeborenen (Pironneau) 551.
Ikterus nach rektaler Einführung von Salvarsan (Vogt) 299.
Ileus, spastischer (Fromme) 548.
Imitationskrankheiten (Strauch) 443, 558.
Immunisierung bei Diphtherie (Löwenstein) 530.
Immunisierung gegen Tuberkulose (Pollak) 479 — (Ruck)) 481.
Immunkörper, Behandlung der Tuberkulose (Fearis) 462.
Immunkörper, Spengler bei Augenerkrankungen (Bock) 171.
Impetigo circinata (Magyar) 246, 561.
Inaktivitätsatrophie (Grunewald) 340.
Inanition und Zuckerausscheidung (Rietschel) 203.
Incontinentia alvi (Girstenberg) 225.
Induktionskrankheiten (Strauch) 443, 558.
Infantilismus (Batisti) 545 — (Gilford) 546 — (Mirallié) 547 — (Salecker) 334 — (Zundel) 547.
Infantilismus, Begriff und Einteilung (v. Stauffenberg) 547.
Infantilismus, sexueller (Hirschfeld und Berrchard) 146.
Infantilismus tuberkulösen Ursprungs (Variot und Chatelin) 539.
Infektion und Ernährung (Hornemann) 490 — (Langstein) 198 — (Thomas) 490.
Infektion, Einfluß auf die Magensaftsekretion (Grünfelder) 406.
Infektionen, akute (Müller) 419.
Infektionskrankheiten, Viskosität des Blutes (Rumjanzeff) 183, 532.
Infektionskrankheiten, primäre Toxizität des Blutesrums (Syrenskij) 407.
Infektionskrankheiten, Beziehungen zum Sehorgan (Rusche) 173.
Infektionskrankheiten im ersten Wachstumsalter (Koch) 204.
Infektionskrankheiten, zeitliche und örtliche Disposition (Kossel) 529.
Infektionskrankheiten, Kontagiosität (v. Szontagh) 418, 534.
Infektionskrankheiten, Versorgung im Hospital (Richardson) 205.
Infektionskrankheiten, Verhütung im Säuglingsspital (Meyer) 205.
Infektionskrankheiten, Isolierung (Ker) 64.
Infektionskrankheiten, kutane Tuberkulinreaktion (Moltschanoff) 476 — (Sézary) 533.
Infektionskrankheiten, Behandlung (Grober) 274.
Infektionskrankheiten in einer Industrieschule (Duncan) 77.
Influenza, grippenartige Erkrankungen (Fluser) 526.
Influenza, Taubheit (Magei) 396.
Influenza, Meningitis (Ross und Moore) 532.
Influenza, Bazillen bei Erkrankungen des Ohres (Hirsch) 395.

Inguinale Hernie (Stone) 566 — (Vaccari) 566 — (Veau) 566 — (Whitelocke) 566.
Inhalieren (Christen) 169.
Inkubation bei Varizellen (Delcourt) 525.
Inkubationsperioden bei Serumkrankheit (Cowie) 408, 510.
Institut de puériculture 573.
Intelligenzprüfung (Knox) 554 — (Looft) 451 — (Raschke) 554 — (Rogers) 226.
Intoleranz gegen Kuhmilch (Gatti) 512.
Intrarektale Dauerinfusionen (Lesné) 510.
Intubation bei Diphtherie (Adkins) 563.
Intubation bei Larynxdiphtherie (Zabko-Potowicz) 427.
Intubation, fortgesetzte, bei diphtheritischer Kehlkopfstenose (Brückner) 66, 274.
Invagination (Lotsch) 349.
Jod, Inhalationen beim Status praetuberculosus (Cattaneo) 535.
Jod, Behandlung bei Diphtherie (Abel) 523.
Jod, Pinselung des Rachens zu Beseitigung von Diphtheriebazillen (Strauch) 274.
Jodoradiumtherapie (Bernheim) 488.
Jodostarin (Pertik) 284.
Jodtinktur bei tuberkulöser Peritonitis (Hofmann) 485.
Jodtuberkulin (Rotschild) 283.
Ipecacuana, Einfluß auf Ernährungsstörungen (Rousseau-Saint-Philippe) 515.
Iris, kongenitale Anomalie (Bernheimer) 171.
Iris, kongenitale Spaltung (Wigmann) 174.
Iris, kongenitale Hypoplasie des Irisvorderblattes (Rubel) 173.
Iris, normale pigmentierte und albinotische (Fuchs) 172.
Iris, Tuberkulose (Voland) 174.
Jucken, Behandlung (Garnmann) 292.
Jugendgericht und Schule (Kesselsdorfer) 575.
Jugendliche Verbrecher in England (Frikker) 571.
Jugendwanderungen (Roeder) 572.

Kakke, optische Eigenschaften der Milch der an Kakke Leidenden (Kinoshita und Takei) 5.
Kala-azar (Lagane) 529 — (Massloff) 136.
Kalk, Entziehung von Kalksalzen durch Stillen (Drennan) 519.
Kalk, Bedeutung fürs Wachstum (Lust) 520.
Kalk und Phosphor beim Wachstum (Herbst) 202.
Kalk, Bestimmung des Blutkalkes nach der Wrightschen Methode (Katzenellenbogen) 185.
Kalk, Verteilung der Kalksalze bei Rachitis und Tetanie (Pollini 520.
Kalk, Einfluß von Calcium aceticum auf den Stoffwechsel bei Rachitis (Schloss) 152.
Kalk, Einfluß von Calcium aceticum und organischen Kalkphosphaten auf den Stoffwechsel bei Rachitis (Schloss) 313.
Kalk, Wirkung von organischen und anorganischen Kalkphosphorpräparaten auf den Stoffwechsel bei Rachitis (Schloss) 314.
Kalk, Stoffwechsel bei Osteogenesis imperfecta (Bookman) 314, 494.
Kalk, Bedeutung der Kalksalze (Göppert) 378 — (Kayser) 302, 509.
Kalk, Kalziumtherapie (Schütze) 284, (Saxl) 293.
Kalk, Wirkung löslicher Kalksalze (Finsterwalder) 284.
Kalk, Dosierung von Kalkserum (Blühdorn) 293.
Kalk, Entzündungshemmung durch Kalksalze (Januschke) 378.
Kalk, Einfluß der Kalksalze auf Konstitution und Gesundheit (Emmerich und Loew) 378.
Kalk, interne Behandlung des Schnupfens (Januschke) 285.
Kalk, Behandlung bei Rachitis (Schloss) 293.
Kalk, Behandlung der Bronchotetanie (Curchmann) 417.
Kalk, Kalziumbromat bei Tetanie und Laryngospasmus (Grünfelder) 523.
Kalk, Kalksalze bei Bronchialasthma und Heufieber (Hoffmann) 378.
Kaliumbichromat, Nachweis in Milch (Grewing) 4.
Kalomel, Schädigung des Auges bei Darreichung der Halogensalze (Schloms) 173.

Kalorienbedarf beim Säugling (Collier) 519.
Kapillargifte (Göppert) 213.
Kardia, Spasmus (Guisez) 548.
Karottensuppe (Brüning) 197.
Karzinom, Krebsproblem (Funk) 365.
Karzinom der Leber (Castle) 551 — des Ovariums (Etienne und Aimes) 565 — der Pankreas (Schütte) 337.
Kasease, Einfluß auf rohe und gekochte Milch (Gerber) 4.
Kasein (Uffenheimer) 8.
Kasein aus Frauen- und Kuhmilch (Willheim) 8.
Kasein und Parakasein (Liwschiz) 517.
Kasein, chemisches Verhalten (Lavialle und Longevialle) 5.
Kasein, lösliche Eiweißkörper der Milch (Lindet) 6.
Kasein, Einfluß von Lab (Bosworth) 2.
Kasein, Gerinnung (Schryver) 7.
Kasein, maßanalytische Bestimmung (Pfyl und Turnau) 518.
Kasein, Prolinfraktion bei der Hydrolyse (Formann) 3.
Kasein, Razemisierung (Dakin und Dudley) 2.
Kasein, isoelektrischer Punkt (Ylppö) 201.
Kasein in der Säuglingsnahrung (Bowditch und Bosworth) 2, 512.
Kaseinfettangereicherte Milch, Ausnutzung (Frank) 3.
Kaseinmilch (Engel) 288.
Kaseinkalziummilch bei Ernährungsstörungen (Beck) 412, 511.
Katarakt bei Tetanie (Stölzner) 155.
Kehldeckel, Form bei Status thymicolymphaticus (Landesberg) 523.
Keilbeinhöhlen, Beziehung der Erkrankung zum Hypophysensystem (Citelli) 377.
Keimdrüse, physiologische und pathologische Veränderungen (Mita) 547.
Keloide, Radiumbehandlung (Wickham und Degrais) 44.
Kephalhämatom, doppelseitiges (de Lange) 118.
Keratitis interstitialis, Behandlung mit Neosalvarsan (Cohn) 172.
Keratitis parenchymatosa (Lesser und Karsten) 331 — (Stargardt) 174 — syphilitische (Igersheimer) 172.
Kernigsches Zeichen (Renault und Lévy) 444.
Kernmangel, angeborener (Ulrich) 144.
Kernschwund, infantiler (Beetz) 555.
Kind, sein Wesen und seine Entartung (Wulffen) 507.
Kind der Gegenwart (Southworth) 507.
Kinder in der Konvaleszenz (Kerr) 507.
Kinderfürsorge (Keller) 571.
Kinderheilkunde als selbständige Disziplin (La Fetra) 507 — in den Vereinigten Staaten (Jacobi) 41.
Kinderhorte (Mass) 572.
Kinderhospital, Entwicklungsgeschichte (Lovett) 574 — neuere Einrichtungen (Czarnik) 451.
Kinderkrankheiten, Einfluß des Alters und der Jahreszeit (Herrman) 182.
Kinderreiche Familien (Bézy) 570 — Fürsorge (Cruveilhier) 570.
Kinderrecht und Kinderschutz (Wendel) 573.
Klauenhohlfuß (Bibergeil) 567.
Kleinkinderfürsorge (Shaw) 573.
Klimatotherapie (Hecker) 509.
Klinik, Organisation (Smith) 574.
Knie, traumatische Verletzungen (Willmoth) 566 — syphilitische. Gonitis (Magyar) 248 — Tuberkulose (Brandes) 486.
Knochen, akute Knochenentzündungen (Gebhardt) 348.
Knochen, Veränderungen bei Infektionskrankheiten im ersten Wachstumsalter (Koch) 204.
Knochen, Brüchigkeit und blaue Sklera (Peters) 173.
Knochenmark, histologische und zytologische Untersuchungen (Lateiner-Mayerhofer) 507.
Knochenmark, Veränderungen bei Infektionskrankheiten im ersten Wachstumsalter (Koch) 204.
Knochenzyste, traumatische solitäre (Felten und Stolzenberg) 348.
Kochsalz, Stoffwechsel (Bauer) 519.

Kochsalzfieber (Rietschel, Heidenhain und Ewers) 416.
Kohlehydrat, Stoffwechsel bei Diphtherievergiftung (Rosenthal) 520.
Kohlehydrat, subkutane Injektion und Milchsekretion (Sammartino) 518.
Kohlehydrate, Überfütterung (Schultz) 515.
Kohlensäure, Produktion beim Säugling (Frank und Niemann) 310, 519.
Köhlersche Krankheit (Bles) 157.
Kolik, rezidivierende Nabelkoliken (Küttner) 335 — (Moro) 261, 335 — (Friedjung) 335.
Kolitis, Behandlung der akuten Anfälle (Hutinel) 549.
Kolloidales Rhodium (Pechère) 44.
Kolloidchemische Eiweißstudien (Rohonyi) 7.
Kolon, Dilatation (Bensaude und Sorrel) 546 — Dilatation (Ribadeau-Dumas) 550.
Kolostrum, Nährwert (Langstein, Rott, Edelstein) 196 — Biologie der Kolostrumkörperchen (Thomas) 8, 309.
Komplementbindung bei Pertussis (Manicat) 212 — bei Scarlatina (Legeiko) 209 — gegenüber Bazillus abortus (Larsen und Sedgwick) 192, 510.
Kongenitale vorzeitige Entwicklung (Jump, Beates jun. und Babcock) 546.
Konjunctivitis diphtheritica (v. Hoov) 172.
Konjunktivitis, Parinaudsche (Verhoeff) 174.
Konstitution und Ernährungsstörungen der Brustkinder (Friedjung) 61.
Konstitution, Bedeutung des Wassers (Lederer) 520.
Konstitution und Vererbung (Martius) 508.
Konstitution und Muskelarbeit (Roeder) 163, 481.
Konstitution und Krankheiten im schulpflichtigen Alter (Hanauer) 523.
Konstitution und Militärtauglichkeit (Stoerk und Horak) 122.
Kontraktur, Volkmannsche der Hand (de Swietochowski) 158.
Kopf, gangränöse Kopfschwarte infolge Syphilis (Fischer) 256.
Koplikssche Flecken bei Hühnereiweißanaphylaxie (Miller) 510.
Kornea, Hypermetropie (Bayer 171 — kongenitale Staphylome (Wioths) 174 — Ulkus (Sutherland) 502 — Behandlung der Erkrankungen mit Vioform (Dutoit) 172.
Körpergewicht des Neugeborenen (Bondi) 521 — in den ersten Lebenstagen (Benestad) 521.
Krämpfe, Pathologie und Therapie (Langstein) 523.
Krankenpflege, Geschichte (Dock) 370.
Krankheitszeichen und Auslegung (Mackenzie) 123.
Kretinismus, endemischer (Garrison) 546.
Krikothyreotomie (Denker) 377.
Kriminalität und Geistesstörung (Raecke) 256, 444.
Krippe (Brüning) 570 — (Misch) 572 — Prophylaxe der Infektionskrankheiten (Tilmant) 573.
Krüppel, Psychologie (Würtz) 567 — Beratungsstelle in Nürnberg (Kronacher) 571.
Krurale Hernie (Salzer) 565.
Kubitaldrüsen, Schwellungen (Götzky) 220.
Kühlapparat, Patent Thomson (Eichloff) 3.
Kuhmilch, Hämolyse (Stehlik) 8.
Kuhmilch, Idiosynkrasie (Neuhaus und Schaub) 199.

Lab, Hemmprobe (Schern) 7.
Lab, Wirkung (Slowtzoff, Soudacowa und Glagoleff) 8 — Wirkungsbedingungen (Michaelis und Mendelsohn) 6.
Lab, Einfluß der Erdsalze (Frouin und Mercier) 3.
Lab, Verhalten steriler und gekochter Milch (Kramm) 5.
Lab, Einfluß auf Kasein (Bosworth) 2.
Lab und Pepsin (Fuld) 3.
Lab, Verhütung der Gerinnung durch Natrium citricum (van Slyke) 516.
Labyrinth, Eiterung (Brock) 395 — (Uffenrode) 396.
Labyrinth, Reflexerregbarkeit (Alexander) 394.
Labyrinth, Erkrankung und Augenanomalien (van der Hoeve) 172.

Labyrinth, diffuse Entzündung bei Otitis (Ruttin) 396.
Labyrinth, tuberkulöse Erkrankungen (Lange) 395.
Labyrinthitis, seröse (Ruttin) 396 — akute eitrige (Neumann) 396.
Laktagoga, Verwendung von Plazentarsubstanzen (Niklas) 6.
Laktase der Brustdrüse (Bradley) 2.
Laktation und Genitalzustand (Neumann) 6.
Laktation in der Schwangerschaft (Mezbourian) 60.
Laktation, ungewöhnliche (Bonn 512 — (Schrader) 7.
Laktose (Sympa) 8 — Bestimmung (Kretschmer) 415.
Laktose, Einfluß des doppelkohlensauren Natrons auf die Ausscheidung (Hertz und Goldberg) 519.
Laktose, Leitfähigkeit und Gefrierpunktserniedrigung (Jackson und Rothera) 517.
Laktosurie, chronische (v. Reuss und Zarfl) 250.
Landrysche Paralyse und Poliomyelitis (Loewy geb. Hattendorf) 529 — (Sharp) 501.
Larosan (Bertlich) 2, 512 — (Beck) 261 — (Guidi) 513 — (Ostrowsky) 197, 411 — (Stölzner) 288 — (Wegener) 411, 516 — (Wehner) 49, 516.
Laryngitis subchordalis acuta (Brandenburg) 377 — (Müller-Berthold) 379.
Laryngologie, Sammelreferat (Göppert) 377.
Laryngospasmus und Tetanie Bromkalziumbehandlung (Grünfelder) 293.
Laryngostomie bei Papillomen (Fontaine) 565.
Larynx (Killian) 378.
Larynx, Angiom (Phillips und Ruh) 563.
Larynx, diphtherische Stenose (Brückner) 274.
Larynx, Behandlung bei Infektionskrankheiten (Delsaux) 525.
Larynx, Behandlung mit Kalziumbromat (Grünfelder) 523.
Larynx, Spasmus, Wirkung des Pantopons (Ausset) 509.
Larynx, Schwebelaryngoskopie (Albrecht) 564.
Larynx, rasche Eröffnung (Denker) 377.
Laugenverätzung des Ösophagus (Schmincke) 97.
Leber, Verhalten der Leberzellen bei Azidose (Düker) 58.
Leber, Krankheiten und alimentäre Galaktosurie (Hatiegan) 551.
Leber, Tuberkulose (Leopold) 537 — (Tietze) 330.
Leber, Zirrhose (Lauenstein) 551 — (Huguenin) 551.
Leber, primäres Karzinom (Castle) 551.
Leber, Atrophie mit Hyperplasie (Wegerle) 551.
Leber, Gitterfasern bei Syphilis (Srassburg) 541.
Leber, mesenchymale Hämatome (v. Falkowski) 229.
Leber, familiäre juvenile Hepatitis (Homén) 337.
Leber, Vergrößerung (Niemann) 333.
Leber, Ruptur (Schmincke) 99.
Leber, Echinokokkus (de Jager) 327.
Lebertran, Behandlung der Rachitis (Schloss) 293.
Lehrbuch, Krankheiten der Neugeborenen (v. Reuss) 361.
Lehrbuch, Leitfaden der Säuglingskrankheiten (Birk) 452.
Lehrbuch, Behandlung der Kinderkrankheiten (Neumann und Oberwarth) 121.
Lehrbuch der Kinderchirurgie (Broca) 451.
Lehrbuch der Kinderpflege (Keller und Birk) 452.
Lehrbuch der Orthopädie (Calot) 264.
Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie (Wollenberg) 165.
Lehrbuch der innern Medizin (Zülzer) 165.
Lehrbuch der Ohrenheilkunde (Brühl und Politzer) 370.
Lehrbuch der Vakzinetherapie (Allen) 370 — (Reiter) 370.
Lehrbuch der Organotherapie (v. Jauregg und Bayer) 455.
Lehrbuch, Krankheiten des Knochensystems (Frangenheim) 452.
Lehrbuch, Arzneiverordnungslehre (Kobert) 168.
Lehrbuch, Klinische Arzneimittellehre (Farrington) 168.
Lehrbuch der natürlichen Heilmethode (Burg) 124.
Lehrbuch der sozialen Medizin (Ewald) 265.

Leibschmerzen (Pritchard) 43.
Leitfaden für den praktisch-chemischen Unterricht (Hofmeister) 456.
Leitfähigkeit der Milch, Gefrierpunktserniedrigung der Milch (Jackson und Rothera) 517.
Leishmaniose (Jemma) 528 — (Lagane) 529 — Diagnose (Koll-Jakimowa, Jakimoff und Schochor) 78.
Leishmaniose, Heilbarkeit (Caronia) 326.
Leishmaniose, spezifische Agglutinine und Präzipitine (Caronia) 215.
Leishmaniose, Nachweis der Parasiten (Cannata) 525.
Leishmaniose, Zelleinschließung (Smallman) 533.
Leishmaniose, Fieberkurven (Caronia) 525.
Leishmaniose der Haut (Jeanselme) 528.
Lesen (Tucholsky) 554.
Leukozyten, Einschlußkörper, diagnostische Bedeutung (Rosanoff) 407 — bei Scarlatina (Dychno) 67 — (Massini) 422.
Leukämie, akute lymphatische (Huber) 219 — (Nauta und Loubet) 96.
Leukämie, Benzolbehandlung (Billings) 295 — (Klein) 295 — (Neumann) 295 — (Pappenheim) 295 — (Rössler) 295.
Leukämie, myeloide, Benzolbehandlung (Reibmayr) 295.
Licht, Beziehung zur Blutbildung (Bickel und Taswa) 333.
Lichtbehandlung der chirurgischen Tuberkulose (Vulpius) 488.
Lid, Tuberkulose (Beer) 172.
Linsenkern, progressive Entartung (Homén) 337.
Lipase, Abhängigkeit von der Wasserstoffionenkonzentration (Davidsohn) 2.
Lipoide, Arsenverbindungen (Fischer und Klemperer) 298.
Lipoide des Zentrifugenschlammes (Laxa) 5.
Lipoide, Beziehungen zu Beriberi und Skorbut (Stepp) 520.
Lithiasis, Blasenstein (Schminke) 99.
Littlesche Krankheit (Concetti) 226.
Littlesche Krankheit und Syphilis (Adeline) 539.
Littlesche Krankheit, Försterche Operation (de Beule) 555.
Lobecksches Biorisatorverfahren (Freund) 3 — (Hering) 5 — (Liepe) 6 — (Lorewzen) 6 — (Nevermann) 6.
Lordotische Albuminurie (Weith und Scholder) 553 — und paradoxer Puls (Gaisböck) 552.
Lückenschädel (Mayerhofer) 256, 568.
Luetin, Reaktion (Brown) 90, 540 — Reaktion bei hereditärer Syphilis (Cannata) 535.
Luftschlucken (Usener) 380.
Lumbalpunktion bei Zerebrospinalmeningitis (Fonzo) 526.
Lunge (Hellens) 467.
Lunge des Fötus (William) 507 — histologische Untersuchungen der fötalen (Sorel) 521, 569.
Lunge, lymphogene Abflußbahnen (Ghon und Roman) 462, 536.
Lunge, Abszeß (Schmincke) 98 — Abszeß durch Pneumokokken (Barrington-Ward) 94 — chronische Pneumokokkeninfektion (Sutherland und Jubb) 93.
Lunge, konservative Behandlung der chronischen Eiterungen (Singer) 285.
Lunge, Echinokokkus (de Jager) 327.
Lunge, Gumma (Fischer) 256.
Lunge, Phthiseogenese (Römer) 467.
Lunge, Tuberkulose (Leopold) 537 — (Rach) 435 — (Ribadeau-Dumas, Maingot und Weill) 538 — (Thiele) 538.
Lunge, miliare Tuberkulose (Northrup) 538.
Lunge, Tuberkulose, Bedeutung der erblichen Belastung (Curschmann) 467.
Lunge, primärer Herd bei Tuberkulose (Zarfl) 471.
Lunge, Tuberkulose, Diagnose (Less) 499 — Röntgendiagnostik (Rach) 329, 479.
Lunge, Tuberkulose, Behandlung (Hochhalt) 484 — Behandlung des Fiebers (Damask) 283.
Lunge, Tuberkulose, chemotherapeutische Versuche (Pekanowitsch) 284.
Lunge, Tuberkulose, Finklersches Heilverfahren (Bodmer) 283.
Lunge, Tuberkulinbehandlung der Lungentuberkulose (Renan) 484.

Lunge, Tuberkulose, Behandlung mit Marmorekserum (Henius und und Rosenberg) 283.
Lunge, Tuberkulose, Vakzinebehandlung (Ager) 534.
Lunge, Mentholthymolschmierseife bei Lungentuberkulose (Stepp) 284.
Lunge, Radiumdioradin bei Lungentuberkulose (Orlow) 488.
Lunge, Röntgenbehandlung der Lungentuberkulose (Küpferle) 284 — (Küpferle und Bacmeister 284.
Lunge, Mesbe bei Lungentuberkulose (Jarosch) 284 — (Junker) 284 — (Klein) 284 — (Röpke) 284.
Lunge, Hernie bei Spondylitis tuberculosa (Duncker) 536.
Lupus vulgaris nach Morbillen (Koch) 245, 529.
Lymphatismus (Clark) 546.
Lymphatismus, Zuckerstoffwechsel (Schirokauer) 520.
Lymphatismus, Klinik (Stoerk und Horak) 122.
Lymphatismus, Beurteilung der Drüsenschwellungen (Benfey u. Bahrdt) 130.
Lymphdrüsen, Extrakt bei Tonsillenhypertrophie und Adenoiden (Ashby) 97.
Lymphogranulomatosis (Schmincke) 114.
Lyssa (Hand) 326 — atypische Erkrankungen (Jochmann) 421 — Salvarsan (v. Zumbusch) 277 — Ergriffensein der Hirnhäute (Goldberg und Oczesalski) 420.

Magen, Anatomie und Physiologie (Pisek und Le Wald) 183.
Magen, physiologische Anatomie (Hess) 490.
Magen, Entwicklung der Schleimhaut (de Laet) 508.
Magen, Pylorusmundstück (Wernstedt) 509.
Magen, Lage (Sever) 300, 508 — —Lage im Verhältnis zur Körperhaltung (Sever) 42.
Magen, Röntgenuntersuchungen (Chapin) 187, 507 — (Faulhaber) 456 — (Major) 300 — (Morse 187 — (Pisek und Le Wald) 508 — (Rach) 508.
Magen, Sekretion (Hess) 508 — Sekretion beim Neugeborenen (Hess) 183.
Magen, Beeinflussung der Sekretion durch Infektion (Grünfelder) 406, 513.
Magen, Verdauung (Davidsohn) 2, 507 — (Hahn) 508 — (Sedziuk) 405.
Magen, Wasserstoffionenkonzentration des Mageninhaltes (Schackwitz) 300, 508.
Magen, Motilität (Ladd) 5 — Einfluß der Ernährung auf die Motilität (Ladd) 183, 508.
Magen, Rückfluß von Pankreassaft (Reiche) 42.
Magen, Rachitis und Gastrektasie (van Lair) 152.
Magnesiumsulfat bei Tetanus (Kocher) 277 — (Mielke) 530 — (Stadler) 533.
Makula, familiäre progressive Degenaration in der Makulagegend des Auges (Stargardt) 174.
Malaria (Weston) 534.
Malaria, kongenitale (Bass) 524.
Malaria beim Neugeborenen (Fragale) 526.
Malaria in den ersten Lebensmonaten (Booth) 498.
Mallebrein (Bendix) 377.
Maltafieber (Martel) Tanon und Chrétien) 510.
Malzsuppe bei Magendarmkatarrh und Atrophie (Rosenthal und Oerum) 49, 410.
Mamilla, Epitheliom (Battle und Maybury) 156.
Mamma, Chemie (Campbell) 2.
Mamma, Fermente (Grimmer) 517.
Mamma, kongenitales Fehlen (Méry und Parturier) 568.
Mamma, Vergrößerung (Barrington-Ward) 564.
Mamma, Beziehung zum Corpus luteum (O'Donoghue) 6.
Mamma und innere Sekretion (Novak) 547.
Mamma, Einfluß der Ovarien (Schickele) 7.
Mamma, Abszeß (Desmarest) 564.
Mandelbaums Reaktion beim Typhus (Bukowskaja) 72.
Manische Anfälle (Collin) 555.
Mastitis (Pallesen) 60.
Mastitis beim Neugeborenen (Broca) 522.
Mastkur (Engel) 306, 512.
Mastoiditis, Bakteriologie (Alberti) 394.
Masturbation (Neter) 148.

Maul- und Klauenseuche (Schmedin) 379.
Maul- und Klauenseuche, Veränderungen der Milch (Honigmund) 56 — (Martin) 56.
Maul- und Klauenseuche, Übertragung durch Milch (Schmidt) 518.
Mediastinales Zellgewebsemphysem (Zarfl) 562.
Mediastinum, maligner Tumor (Hallé und Salin) 156.
Medikamente bei Kindern (Thiemich) 302.
Meerwasser, orale Anwendung (Triboulet und Godlewski) 515.
Megakolon (Sitsen) 551 — (Maggiore) 549.
Mehl, Überfütterung (Schultz) 515.
Mehr Interesse für Kinderheilkunde (Rhodes) 507.
Mekonium, Fermente (Schmidt) 520.
Mekonium, Abgang von membranösen Schleimmassen (v. Reuss) 249.
Melaena neonatorum (Merkens) 271. — (Petzold) 544.
Melaena neonatourm, Volvulus als Ursache (Nürnberger 134.
Melkmaschine (Grimmer) 4 — (Matenaers) 6.
Meningitis (Goelkver) 527 — (Smith) 533 — (Vasilin) 470.
Meningitis, Frühdiagnose und chirurgische Behandlung (Kopetzki) 395.
Meningitis, Prognose und Therapie (Reichmann) 490.
Meningitis, Histologie und Pathologie (Streit) 396.
Meningitis, Antimeningitisserum (Kramer) 529.
Meningitis, eitrige (Schmincke) 98.
Meningitis, diffuse eitrige (Mygind) 395.
Meningitis purulenta aseptica (Reischig) 379.
Meningitis, benigne epidemische (Chataignon) 525.
Meningitis serosa (Boenninghaus) 394 — (Mayerhofer und Neubauer) 479.
Meningitis serosa bei Nasenerkrankungen (Gerhardt) 378.
Meningitis, otogene (Kotz) 395 — (Lehmann) 230 — (Mayer) 396.
Meningitis nach folikulärer Angina (Siemerling) 380, 533.
Meningitis bei Influenza (Ross und Moore) 532.
Meningitis bei Parotitis (Acker) 214.
Meningitis, meningokokkische bei Scarlatina (v. Barabas) 321.
Meningitis durch Mischinfektion (Gauducheau) 527 — (Dubourg 526.
Meningitis durch Pneumokokken (Dollinger) 525 — (Dujol) 75 — (Huber) 497.
Meningitis durch Pneumokokken, Äthylhydrokupreininjektionen (Wolff und Lehmann 214.
Meningitis, syphilitische (Senleco) 541.
Meningitis, tuberkulöse (Allan 535 — (Astamonoff) 470 — (d'Espine) 84 — (Koch) 216, 470, 479 — (Lesage) 84 — (Mayerhofer und Neubauer) 479 — (Przedborski) 442 — (Reichmann und Rauch) 470 — (Riva-Rocci) 479.
Meningitis, tuberkulöse; Röntgenstudien (Woodruff) 84.
Meningitis, tuberkulöse; Tuberkelbazillien in der Zerebrospinalflüssigkeit (Fragale) 84, 475.
Meningitis, zerebrospinale (Brown) 525 — (Comby und Condat) 525 — (Fragale) 551 — (Goebel) 359 — (Hallé) 527 — (Palmegiani) 531 — (Pironneau) 531 — (Simon und Jacquot) 533 — (van Wart) 534.
Meningitis zerebrospinale durch Pfeiffersche Bazillen (Lagane) 429.
Meningitis zerebrospinale durch Typhusbazillen (Lagane) 529.
Meningitis zerebrospinale, Verhalten des Darmes (Göppert) 213.
Meningitis zerebrospinale, totale Taubheit (Mygind) 395.
Meningitis zerebrospinale, Lumbalpunktion (Fonzo) 526.
Meningitis zerebrospinale, Diphtherieserum (Rawitsch) 277.
Meningitis zerebrospinale, Antiparameningokokkenserum (Menetrier und Avezou) 530.
Meningitis, zerebrospinale, Leukozytenzählung (Hess) 544.
Meningoencephalitis (Alexander) 394.
Meningokokken Arthritis (Comby und Condat) 525.

Meningokokken im Ohreiter (Doering) 395.
Meningokokkenserum (Aaser) 419.
Menstruation, infantile (Mapes) 508.
Menstruation und Stillen (Tibone) 48, 515.
Menstruation, Einfluß auf die Zusammensetzung der Milch (Bamberg) 47.
Mentholthymolschmierseife bei Lungentuberkulose (Stepp) 284.
Mesbe bei Lungentuberkulose (Jarosch) 284 — (Junker) 284 — (Klein) 284 — (Röpke) 284.
Mesenterialdrüsen, Tuberkulose (Parker und Lund) 479.
Mesenterium, innere Einklemmung (Benn) 564.
Mesenterium, Zyste (Mixter) 565.
Methylen, Reduktionsprobe (Skar) 8.
Metrorrhagie infolge Uterus (Ferroni) 470.
Mikrobrachyzephalie (von Pfaundler) 112.
Mikroglossie (Battle) 567.
Mikromelie (von Pfaundler) 112.
Mikrophthalmus, familiärer (Stuelp) 174.
Mikrophthalmus, Netzhaut-Aderhautanomalien (Bergmeister) 171.
Mikrosphygmie (Grandjean) 556 — (Variot) 558.
Mikrocephalus (Grandjean) 556 — (Harbitz) 567 — (Magyar) 246, 557.
Milch, Sammelreferat über die Arbeiten auf dem Gebiete der Milchwissenschaft und Molkereipraxis (Grimmer) 1.
Milch (Agcavili) 1 — (Beeson) 516 — Bertrand und Agulhon) 2 — (Bierry und Coupin) 2 — (Bonn) 2 — (Buckingham) 2 — (Dovey) 3 — (Duchacek) 3 — (Elsdon und Sutcliffe) 3 — de Graaff und Schaap) 4 — (Halverson) 4 — (Hinks) 5 — (Kling) 5 — (Lijthgoe) 6 — (Long und May) 6 — (Martin) 6 — (North) 6 — (Ramsay) 7 — (Sanfelici) 7 — (Welker und Marsh) 8.
Milch, Kuhmilch und ihre Produkte (Frankau) 3.
Milch, chemisches Praktikum (v. Sobbe) 8.
Milch, biologische Untersuchungsmethoden (Grimmer) 4.
Milch, Schwankungen der Zusammensetzung der Frauenmilch (Patein und Deval) 518.
Milch, Sammlung von Frauenmilch im Hospital (Hoobler) 517.
Milch, Unterscheidung von Frauen- und Kuhmilch (Baecchi) 1 — (Davidson) 200.
Milch, Zusammensetzung von Frauen- und Kuhmilch (Meigs und Marsh) 6.
Milch, Sekretion und subkutane Injektion von Kohlehydraten (Sammartino) 518.
Milch, Eidfluß der Arbeitsleistung auf die Milchmenge (Ströbele) 8.
Milch, blaue (Wolff) 8.
Milch, Verdünnung mit Wasser (Gerö) 4.
Milch, Fermentmilch (Cacace) 2.
Milch, Einfluß des Kochens auf Frauenmilch, Kuhmilch und Buttermilch (Grosser) 415.
Milch, Verhalten roher und gekochter (Kudicke und Sachs) 5, 517.
Milch, Untersuchungen über rohe und erhitzte (Schroeder) 200.
Milch, rohe (Variot und Lorenz-Monod) 516.
Milch, Nährwert der Rohmilch (Variot und Lorenz-Monod) 521.
Milch, alkoholhaltige (Parechtner) 7.
Milch, Verfahren zum Entkeimen der Milch (Lobeck) 6.
Milch, keimfreie Rohmilch (Schlossmann) 7.
Milch, Bakterienflora (Dutoilt) 517 — (Wolff) 8 — (Harding, Ruehle, Wilson und Smith) 4.
Milch, Milchsäurebakterien (Gorini) 4.
Milch, Milchsäurestäbchen (Wolff) 8.
Milch, Zellgehalt (Lewis) 201.
Milch, Anaphylaxie (Weill-Hallé) 511.
Milch, Milchserum (Ackermann) 1.
Milch, Herstellung des Spontanserums (Greifenhagen) 4.
Milch, Chlorkalziumserum (Ackermann) 1.
Milch, Reaktion der Frauenmilch (Davidsohn) 517.
Milch, spontane Ansäuerung (Allaria) 56.

Milch, Veränderungen der Frauen- und Kuhmilch durch Schütteln (Eufinger) 3.
Milch, Wirkung der mechanischen Erschütterung auf die Frauenmilch (Engel) 3, 517.
Milch, Ausscheidung der Farbstoffe (Sisley und Porcher) 8.
Milch, Phosphatide (Njegowan) 415.
Milch, Fermente (Grimmer) 492. — (Mazé) 518.
Milch, lipolytisches Ferment (Davidson) 200.
Milch, Gerinnung (Schryver) 7.
Milch, Gerinnung im Magen (Brennemann) 2.
Milch, Magenverdauung (Filippi) 3.
Milch, Verdaulichkeit (Gaucher) 517.
Milch, Löslichkeit der Albuminoide (Lindet) 517.
Milch, spezifisches Gewicht der Kuhmilch (Fleischmann und Wiegner) 3, 517.
Milch, spezifisches Gewicht des Milchserums (Wolf) 8.
Milch, Berechnung des spezifischen Gewichtes (v. Sobbe) 518.
Milch, Berechnung nach spezifischem Gewicht und Fettbestimmung (Bowditsch und Bosworth) 517.
Milch, tägliche Schwankungen im spezifischem Gewicht und Fettgehalt (Klose) 5.
Milch, Berechnungsformel für fettfreie Trockensubstanz (Höyberg) 5.
Milch, Bedeutung des Bullen für die Züchtung (Bruchholz) 2.
Milch, Hygiene (Rullmann) 7.
Milch, hygienische Forschungen (Rullmann) 518.
Milch, Verfälschung (Schütz und Wein) 7.
Milch, Verhütung der Vergiftung (Bradley) 2.
Milch und Tuberkulose (Sheridan) 472.
Milch tuberkulöser Frauen (Kurashige) 472.
Milch eutertuberkulöser Kühe (Ungermann) 472.
Milch, ärztliche Überwachung (Kelley) 5.
Milch, Konservierungsmittel (Eichloff und Beer) 3.
Milch, Certified milk (Mc Cleave) 517. — (Symnott) 202.
Milch, Kindermilchbereitung (Backhaus) 1.
Milch und Säuglingssterblichkeit (Hastings) 4.
Milch, Versorgung (Jordan) 202.
Milch, Versorgung unter städtischer Kontrolle (Jordan) 517.
Milch, Versorgung der Städte (Harding und Brew) 4.
Milch, Versorgung der Großstädte (Hittcher) 5.
Milch, Regelung des Verkehres in Preußen (v. Ostertag) 6, 518.
Milch, Reglementierung des Milchverkehres (Rolland und Grollet) 572.
Milch, Moskauer Marktmilch (Wojkiewicz) 8.
Milchküche, Prophylaxe der Infektionskrankheiten (Tilmant) 573.
Milchsäurebazillen bei Diphtherie (Goltz und Brodie) 495.
Milchsäurebazillenspray bei Diphtherie (Wood) 274.
Milchstation (Reuben) 572.
Milchzucker siehe Laktose.
Milz, Funktionen (Bayer) 338.
Milz, Vergrößerung (Niemann) 333.
Milz, mesenchymale Hämatome (v. Falkowski) 229.
Milz, Ruptur (Schmincke) 99.
Milz, Tuberkulose (Leopold) 537.
Mineralsalze bei Verdauungsstörungen (Wood) 516.
Mißbildungen, Morphologie (Schwalbe) 125, 569.
Mißbildungen des Auges (Seefelder) 173 — (v. Szily) 569.
Mißbildungen des Auges, embryologische Grundlagen (v. Szily) 173.
Mißbildung, mediane des Halses (Piazza) 568.
Mißbildung des Vorderarmes (Buckley) 567.
Mißbildung, zerebrale (Sutherland und Paterson) 143.
Mißbildung durch aminotische Stränge (Ombrédanne) 568.
Mißbildungen, kongenitale (von Pfaundler) 112.
Mißbildung, multiple (Tallant) 350, 569.
Mittelohr, akut entzündliche Prozesse (Haymann) 395.
Molke und Magendarmfermente (Davidsohn) 306.
Molkenadaptierte Milch, Ernährung (Leopold) 307, 513.

Molkensuppe (Steinitz und Weigert) 8.
Molketherapie bei Ruhr) (Frank) 289.
Molkerei, bakteriologisches Praktikum (Hussmann) 5.
Molkereipraxis, Sammelreferat über die Arbeiten auf dem Gebiete der Milchwissenschaft und Molkereipraxis (Grimmer) 1.
Mongolenfleck (Mendelsohn) 234.
Mongolismus (Herbst) 233 — (Tugendreich) 237.
Mongolismus, Distentionsluxation der Hüfte (Peltesohn) 448.
Montessorischule (Jaffé) 575.
Morbillen (Friedjung) 246, 527. — (Henneberg) 528 — (Lucas) 530.
Morbillen bei Säuglingen (Gewin) 527 — (Neau) 531 — (Steinschneider) 322, 534 — (Stheeman) 505.
Morbillen, experimentelle (Jungelunas) 424, 528.
Morbillen, Disposition (Friedjung) 424.
Morbillen, Frühdiagnose (Grumann) 425.
Morbillen, Bedeutung des Blutbildes (Lucas) 321 — Blutbild im Frühstadium (Lucas) 530.
Morbillen, Bedeutung der Leukozyteneinschlüsse (Rosanoff) 407.
Morbillen, Leukozytenformel (Mensi) 530.
Morbillen, das Bild auf der äußeren Haut (v. Pirquet) 69.
Morbillen und Tuberkulinreaktion (v. Pirquet) 531.
Morbillen, Wiederkehr der Reaktionsfähigkeit auf Tuberkulin nach Verschwinden der Masernanergie (v. Pirquet) 85.
Morbillen, Widerstandsfähigkeit des Keims ((Sakkorafos) 533.
Morbillen, Latenzstadium (Löwenberg) 530.
Morbillen, Amentia (Frontali) 527.
Morbillen, Emphysem (Piske) 531.
Morbillen, prämorbillöse Urtikaria (Galli) 154.
Morbillen, Vorexanthem (Koch) 529.
Morbillen, infektiöses Erythem (Weill und Gardère) 534.
Morbillen, morbillenähnliches Exanthem (Leiner) 561.
Morbillen und Lupus vulgaris (Koch) 245, 529.
Morbillen und Scarlatina (Bergmann) 524.
Morbillen, Epidemie (Trumpy) 68, 424, 534.
Morbillen, Prophylaxe (Lesseliers und van Duyse) 529 — (Ruhräh) 532.
Morbillen, Quarantäne (Graham) 573.
Morbillen, Eukalyptusfrage (Elgart) 275.
Morbillen als Schulkrankheit (Stephani) 534.
Morbillen, Sterblichkeit (Chauvet) 525.
Morbilloid 534.
Morbus caeruleus (Haushalter und Fairise) 544.
Morgagni-Adams-StokesscheSyndrom (Hecht) 218, 542.
Morressche Alizarolprobe (Devarda und Weich) 3.
Motilität, Einfluß der Alkalien auf die Motilität (Ladd) 508.
Mund, Bakteriologie (Streit) 380.
Mund, Pflege bei zurückgebliebenen Kindern (Wallin) 511.
Museum für die Kinderkriminalität (Carrara) 570.
Muskel, Dystrophie (Camp) 226.
Muskel, Labilität der Streckmuskeln (Grunewald) 340.
Muskel, Veränderungen bei Intoxikationen und Infektionen (Beneke) 553.
Muskelarbeit und Körperkonstitution (Roeder) 481.
Mutterbriefe (Oberwarth) 164.
Mutterschaftsversicherung (Fischer) 571.
Mutterschutz (Ballantyne) 521 — (Huntington) 521.
Mutterschutz und Stillen (Nobécourt) 572.
Mutualités maternelles (Mabilleau) 572.
Myatonie, kongenitale (Concetti) 556 — (Cotterill) 556 — (Foot) 556 — (Gatti) 556 — (Hertz und Johnson) 556 — (Purser) 558.
Myelitis, akute diffuse (Netter) 511.
Myelitis, akute diffuse und transversale (Netter und Levaditi) 531.
Myeloide Leukämie, Benzolbehandlung (Reibmayr) 295.
Myelose, chronische (v. Decastello) 545.

Myokarditis (Hertz, Johnson und Depree) 557.
Myokarditis, diphtheritische; Galopprhythmus und Extrasystolen (Blacher) 323.
Myokarditis, syphilitische (Werlich) 541.
Myopie, Entstehung (Levinsohn) 173.
Myopie, jugendliche hochgradige (Franz) 172.
Myxidiotie (Fromm) 355.
Myxödem (Hochsinger) 546 — (Salecker) 334.
Myxödem nach akuter Infektion (Achard und Saint-Girons) 555.
Myxom der Füße (Mello-Leitao) 565.

Nabel, Topographie (Kakusokkin) 299.
Nabel, Hernie (Herding) 565.
Nabel, Koliken (Gheinisse) 548.
Nabel, rezidivierende Koliken (Friedjung) 335, 548 — (Küttner) 335, 549 — (Moro) 261, 335, 549.
Nabelschnur, Versorgung (Nadory) 271.
Nährmittel (Wheeler und Biester) 516.
Nährschaden durch psychogene Perseveranz auf Milchkost (Goett) 513.
Nahrungsbedarf (Pritchard) 520.
Nahrungsmengen beim Brustkind (Lewkowicz) 409.
Nahrungsmitteltabelle Schall und Heisler) 373.
Naphthalin, Vergiftung (Heine) 299.
Narkose (Woolsey) 156.
Nase, Sammelreferat (Göppert) 377.
Nase, Einfluß der Zähne auf die Entwicklung (Landsberger) 562.
Nase, Bakteriologie (Streit) 380.
Nase, Erkrankungen im Kindesalter (Göppert) 378, 563.
Nase, Diphtherie (Buttermilch) 239, 325.
Nase, Rachitis (Walb) 564.
Nase, Behandlung bei Infektionskrankheiten (Delsaux) 525.
Nase, Untersuchungen bei jugendlichen Verbrechern ((Toeplitz) 563.
Nasennebenhöhlen, ophthalmologische Diagnostik (Meyer) 379.
Nebenhöhlen, (Entzündungen (Openheimer) 563.
Nebenhöhle, Erkrankungen (Schlemmer) 563.
Nebenniere bei Kindern (Starkel) 440.
Nebenniere, Einfluß aufs Wachstum (de Mira) 547.
Nebenniere, Beziehungen zur Thymus (Hornowski) 440.
Nebenniere, Verkalkung (Roleston und Boyd) 547.
Nebenniere, hochgradige Verfettung (Tilp) 553.
Nebenniere, akute Insuffizienz (Méry und Heuyer) 546.
Nebennieren, pathologisch-anatomische Veränderungen bei Miliartuberkulose (Bogdanow) 470.
Nebenniere bei Anenzephalie (Landau) 546.
Nebenniere bei Scarlatina (Hutinel) 220.
Nebenniere, Hypernephrom (Jump, Beates jun., Babcock) 546.
Nebenpocken des Sehorgans (Holodynski) 172.
Neosalvarsan (Brisson) 540 — (Gerber) 378 — (Pfeiffer) 379.
Neosalvarsan, intravenöse Injektion (Blechmann) 539.
Neosalvarsan bei Chorea (Talent) 558.
Neosalvarsan bei Keratitis interstitialis (Cohn) 172.
Nephritis, chronische interstitielle (Barber) 552.
Nephritis, Klassifikation (Widal) 137.
Nephritis, akute bei Ernährungsstörungen (Frank) 552.
Nephritis bei angeborenem Herzleiden (Clanahan) 552.
Nephritis, Insuffizienz des linken Ventrikels (Hutinel) 542.
Nephritis bei Scarlatina (Hutinel) 528 — Herzanomalien bei Scarlatina (Baginsky) 422.
Nephritis bei Syphilis (Hintzelmann) 540.
Nephritis, Behandlung (Fischer) 137 — (Noorden) 297 — (Strauß) 297.
Nephritis, Sedobrol bei salzarmer Ernährung (Deutsch) 297.
Nephritis, Mechanotherapie (Hirschberg) 298.
Nervenkrankheiten des Säuglingsalters (Boggess) 555.

Nervenkrankheiten, mechanische Behandlung (Cohn) 124.
Nervenpunktlehre (Cornelius) 124.
Nervensystem, Pathologie (Berghinz) 555.
Nervöse Herzkrankheiten (Krehl) 123.
Nervöse Kinder (O'Malley) 557.
Nervosität, Ätiologie und Symptomatologie (Levy) 557.
Nervosität und Stillen (Frost) 49.
Nervus opticus, Atrophie nach Pertussis (Roedelins) 76.
Neugeborene, Sinnesleben (Canestrini) 362.
Neugeborene, zentrale Temperatur (Apert) 405.
Neugeborene, Lebensfähigkeit (Chauis) 522.
Neugeborene, Einfluß sozialer Momente auf die Entwicklung (Peller) 522.
Neugeborene, periodische Atmung (Mensi) 522.
Neugeborene, Krankheiten (v. Reuss) 361.
Neugeborene, Albuminurie (Heller) 204.
Neugeborene, Sklerodermie (Mayerhofer) 246.
Neugeborene, Verwundungen intrauterinen Ursprungs bei Neugeborenen (von der Heyde) 118.
Neurasthenie (Paul-Boncour) 557.
Neuritis acustica toxica (Lewin) 395.
Neuritis optica (Hertz, Johnson und Depree) 557.
Neuroblastone, malignes des Nervus sympathicus (Anitschkow) 555.
Neurologie (Rabinowitz) 558.
Neuro- und Psychopathien während des Wochenbettes (Resinelli) 140.
Neuropathie (Moro) 557.
Neuropathische Familien mit Fazialisphänomen (Hochsinger) 251.
Neurose der Magen- und Schlingmuskeln (Howell) 443.
Neurotisches Erbrechen (Clure) 308.
New York, St. John's Guild (Hartshorn) 351.
Niere, Prüfung der Nierenfunktion (Widal) 137.
Niere, Funktionsprüfung mittels Phenolsulfonphthalein bei Scarlatina (Fischbein) 526.
Niere, Azidose bei chronischer Erkrankung (Sellards) 552.
Niere, Granularatrophie (Jacobs) 442.
Niere, Schrumpfniere (Lederer) 552.
Niere, Hämorrhagie (Barringer) 298.
Niere, Erkrankungen bei Endocarditis verrucosa (Oberndorfer) 357.
Niere, Tuberkulose (Bernard) 82. — (Boyd) 535 — (Dufranc) 536 — (Wiener) 539.
Niere, Nierensteine (Ollerenshaw) 138.
Niere, Hydronephrose (Richter) 552.
Niere, perinephritische Phlegmone (Melou) 138.
Niere, Zystenniere (Peterson) 552.
Niere, kongenitale Zystenniere (Zarfl) 252.
Niere, polyzystische (Bonnaire und Ecalle) 567.
Niere, Ruptur (Schmincke) 99.
Niere, Aplasie (Schmincke) 99.
Niere, Verlagerung (Fischer) 256.
Niere, embryonaler Tumor (Junkel) 568.
Nitroprussidnatriumreaktion im Harn (Klein und Visser) 519.
Noma (Schmincke) 97.
Nordseeluftkur (Ide) 368.
Noviform in der augenärztlichen Praxis (Adler) 171.
Noviform in der Augenheilkunde (Gstettner) 172 — (Klages) 173 — (Rauch) 173.
Noviform bei Blennorrhoea (Haass) 562.
Noviform, Salbe in der äußeren Augenheilkunde (Clausen) 172.
Nukleinsäure bei Scarlatina (Skorodumoff) 66.

Oberkiefer, Osteomyelitis (Lessing) 379 — (Stanly) 566 — (Weise) 380.
Obesität (Mouriquand) 547.
Obstipation, Behandlung (Lyon) 514.
Ödem (Chapin) 309, 541, 561 — familiäres (Boks) 541 — und Osmose (Waterman) 542.
Ohr, Sammelreferat (Göppert) 377.

Ohr, Lehrbuch der Ohrenheilkunde (Brühl und Politzer) 370.
Ohr, Behandlung bei Infektionskrankheiten (Delsaux) 525.
Ohr, pathologische Anatomie bei kongenitaler Syphilis (Hofer) 395.
Ohrmuschel, Deformität (Thomas) 569.
Ohrtupfer (Koeppe) 395.
Oidium blauer Milch (Wolff) 8.
Okulomotorius, Pupillenschwankungen bei Lähmung (Uhthoff) 174.
Oleinpräparat, Zeunersches bei Tuberkulose (Weiker) 485.
Oleum chenopodii (Schüffner und Vervoort) 290 — bei Askariden (Przedborski) 442.
Olfaktorius, Lymphscheiden als Infektionsweg (Miodowski) 379.
Ophthalmia neonatorum (Adams) 562 — (Credé-Hörder) 164 — (Harman) 154 — (Holloway) 522, 562 — (Morax) 562 — Verhütung und Behandlung (Brav) 562.
Ophthalmologische Literatur. Sammelreferat (Gallus) 171.
Ophthalmologische Diagnostik der Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (Meyer) 379.
Ophthalmoplegia interna (Deutschmann) 172.
Opticus, Entwicklung (Kloczkowski) 173 — hereditär-familiäre Atrophie (Takashima) 174 — Atrophie bei Syphilis (Buchwald) 248.
Orbita, Genese der Orbitalzysten (Bergmeister) 171.
Orbita, Spindelzellensarkom (Fischer) 256.
Orchitis, akute primäre (Ombrédanne) 552.
Organische Säuren im Säuglingsharn (Aron und Franz) 518.
Organotherapie, Lehrbuch (v. Jauregg und Bayer) 455.
Orthopädie, Lehrbuch (Calot) 264.
Orthopädie, Fürsorge für Schulkinder (Böhm) 352.
Orthopädische Chirurgie (Wollenberg) 165 — am Bostoner Kinderhospital (Bradford) 573.
Orthopädische Jugendfürsorge (Wachsner) 452.
Orthostatische Albuminurie (Dufour und Muller) 552 — Blutdruck (Bass und Wessler) 552.
Orthotische Albuminurie, Ätiologie (Wendenburg) 223 — Blutdruck (Bass und Wessler) 338 — und Tuberkulose (Reyer) 479.
Orthostatische Urobilinurie (Steensma) 339.
Osmose und Ödem (Waterman) 542.
Osmotischer Druck und Eiweißgehalt des Blutes (Bernhard) 512.
Ösophagus, kongenitale Struktur (Morison und Drummond) 133.
Ösophagus, Spasmus (v. Navratil) 379.
Ösophagus, Fremdkörper (Garland) 548 — (Guisez) 543, 565
Ösophagus, Dilatation (Guisez) 548.
Ösophagus, Salzsäureverätzung (Schmincke) 97.
Ösophagus, narbige Verengerungen (Weill-Hallé und Abrand) 551.
Ösophagus, Diphtherie (Rollestone) 379 — Stenose nach Diphtherie (Moltzer) 117.
Ösophagus, Atresie (Fischer) 256 — (Richter) 568.
Osteogenesis imperfecta (Zurhelle) 561 — Stoffwechsel (Bookman) 314, 494.
Osteomalazie (Bonnamour und Badolle) 560 — Ätiologie und Therapie (Stoesser) 152 — Azidität des Blutes (Novak und Porges) 560.
Osteomyelitis (Etienne und Aimer) 157 — Klemm) 553 — (Wachsner) 231 — des Oberkiefers (Lessing) 379 — (Stanly) 566 — (Weise) 380.
Osteopsathyrosis, familiäre (Tillaye) 560.
Otitis media (Ruttin) 396 — (Strina) 563.
Otitis media durch Friedländerbazillen (Storath) 396 — (Zange) 396.
Otitis media und Pyelitis (Fliess und Glaser) 395 — und amyloide Degeneration (Großmann) 395 — perforativa bei Scarlatina (Holmgren) 395 — mit sekundärer Abduzenslähmung und Meningitis (Lehmann) 230.
Otitis media, chronische (Thies) 396.
Otitis media, syphilitische (Lüders) 395.

Otitis, seröse (Manasse) 395.
Otitis media, Enzephalitis (Voss) 564.
Otitis, Paralyse des Musculus abducens (Gignoux) 563.
Otitis, otogene Halsabszesse (Mygind) 563.
Otocephalie (Josephy) 125.
Otologie, Sammelreferat (Göppert) 377.
Oeuvre des nourrissons de Marseille (Cassoute) 570.
Ovarium, Einfluß auf das Wachstum der Brustdrüse (Schickele) 7 — Hernie (Eustace und Nealy) 565 — Karzinom (Etienne und Aimes) 565.
Oxyzephalie (Reuben und Cleaver) 231.
Oxyuris vermicularis (Garin) 135.
Oxyuren, Diagnose und Therapie (Trumpp) 222 — Behandlung (Hildebrand) 290.
Ozäna (Perez) 379 — (Zografides) 380 — Ätiologie (Hofer) 346 — (Perez) 346.

Pachymeningitis (Gordon) 556.
Pachymeningitis haemorrhagica (Kowitz) 557 — interna (Rosenberg) 342.
Pädagogische Therapie (Heller) 453.
Panantritis (Schlemmer) 379.
Pankreas, Besonderheiten bei Frühgeborenen (Stiftar) 182.
Pankreas, Fermente und Pylorospasmus (Hess) 289.
Pankreas, Karzinom (Schütte) 337.
Pankreatitis mit Diabetes mellitus (Matko) 552.
Pantopon (Ausset) 509.
Papaverin (Popper) 510 — bei Pylorospasmus (Knöpfelmacher 252 — zur röntgenologischen Differentialdiagnose zwischen Pylorospasmus und Pylorusstenose (Holzknecht und Sgalitzer) 289.
Papille, Loch- und Grubenbildungen (v. Szilly) 173.
Papillitis bei Lues congenita (Mohr und Beck) 173.
Papillome, Laryngostomie (Fontaine) 565.
Parakasein und Kasein (Liwschiz) 517.
Paralexie (Girstenberg) 225.
Paralyse, allgemeine (Collet) 342.
Paralyse, infantile (Wachheim) 559.
Paralyse, zerebrale (Hardt) 556 — zerebrale und Epilepsie (Clark und Sharp) 227.
Paralyse, choreatische (Netter und Ribadeau-Dumas) 531.
Paralyse bei Poliomyelitis (Magruder) 181 — Behandlung bei Poliomyelitis (Frauenthal) 181.
Paralyse und Syphilis (Huguet) 540 — (Prince) 540.
Paralyse, postdiphtherische (Hall) 527 — Pathogenese postdiphtherischer Lähmungen (Hahn) 425 — Behandlung und Wesen der Diphtherielähmung (Römer und Viereck) 453.
Paralyse, Geburtslähmung (Fairbank) 141 — Behandlung der Geburtslähmung (Thomas) 553.
Paralyse, Fazialislähmung (Dahlmann) 342.
Paralyse, doppelseitige Plexuslähmung (Junkel) 342.
Paralyse des Musculus abducens nach Otitis (Gignoux) 563 — des Abduzens nach Otitis (Lehmann) 230.
Paralyse des Okulomotorius und Pupillenschwankungen (Uhthoff) 174.
Paralyse des Rekurrens (Wagner) 559.
Paralyse, angeborene des Halssymphatikus (Pollak) 558.
Paralyse, Knochenoperation bei Vorderarmlähmung (Vulpius) 447.
Paraplegie, spezifische bei hereditärer Syphilis (Marfan) 89.
Pararheumatische Erkrankungen (Amesso) 524.
Parathyreoidea, Beziehungen zur Thymus (Hornowski) 440.
Parathyreoidea, Chirurgie (Guleke) 373, 546.
Parathyreoidea, Abderhaldensches Dialysierverfahren (Singer) 547.
Parathyreoidea, kongenitale Erkrankung (Carrison) 546.
Parathyreoidin, Behandlung der Spasmophilie (Meyer) 235, 293.
Paratyphus (Breuning) 352, 524 — (Lagane) 529.
Paravertebrale Pneumonie (Czerny) 244.

Parese, atonische von Hals-, Schulter- und Rumpfmuskeln (von Pfaundler) 112.
Parese, Behandlung der muskulären Parese (Abercrombie) 139.
Parese, syphilitische der Extremität (Buchwald) 248.
Parinaudsche Konjunktivitis (Verhoeff) 174.
Parotitis, eitrige (v. Reuss) 522.
Parotitis, epidemische (Graham) 497 — epidemische, Morphologie des Blutes (Barach) 77, 524.
Parotitis, Augenkomplikationen (Bahlmann) 171.
Parotitis, Duktussymptom (Raudnitz) 532.
Parotitis und Meningitis (Acker) 214, 524.
Parotitis und primärer chronischer Gelenkrheumatismus (Bien) 245, 524.
Parotitis, Epidemie (Graham) 527.
Paschens-Körperchen (Paul) 46.
Pasteurisieren (Ayers) 309.
Pasteurisierung (Vincent) 8 — (Weigmann) 8.
Pathologie des Säuglingsalters (Reinach) 507.
Paroxysmale Hämoglobinurie (Nobel) 248.
Pellagra (Weston) 559 — Pathologie (Funk) 365.
Pellidol (Hoffa) 291.
Pemphigus (Pallesen) 60.
Pemphigus neonatorum (Reinhardt) 532 — Epidemie (Biddle) 524.
Pemphigus vulgaris (Magyar) 248 — (Pick) 531 — Behandlung mit Menschenblut (Pick) 254.
Pepsin und Chymosin (van Dam) 2 — und Lab (Fuld) 3.
Pepton, Gefahren in der Hämophilie (Lereboullet und Vaucher) 544.
Perikardialsymphyse, tuberkulöse (Lewkowicz und Latkowski) 435.
Perikarditis (Nobécourt) 542.
Perikarditis, Symphyse (Nobécourt) 542.
Perikarditis, tuberkulöse 539 — (Hutinel) 536.
Periostale Dysplasie (Broca, François und Bize) 560.
Peritonitis, Chirurgie (Gluck) 157.
Peritonitis, Diagnose (Drachter) 441.
Peritonitis, tuberkulöse (Marfan) 537 — (Pontoizeau) 538 — Pinselung mit Jodtinktur (Hofmann) 485.
Perlsucht, Infektion bei Kindern (Weber, Steffenhagen) 476.
Perniziöse Anämie, Behandlung mit Thorium X. (Prado-Tagle) 295 — Aktiniumbehandlung (Lazarus) 296.
Peroneus, doralflektierende Wirkung des M. peroneus brevis (Scherb) 340.
Peroxydase der Frauenmilch (Marfan und Lagane) 518.
Petustraya (v. Reyher) 379.
Pertussis (Perrin) 531 — (Sill) 275 — (Sylvester) 534.
Pertussis, experimentelle Untersuchungen (Pacchioni, Caffarena, Consiglio und Corradi) 75.
Pertussis, Ätiologie (Porcelli) 76.
Pertussis, Blutuntersuchungen (Schneider) 429.
Pertussis, serologische Reaktion (Renaux) 532.
Pertussis, Komplementbindung (Manicat) 212.
Pertussis, kutane Tuberkulinreaktion (Cozzolino) 527 — Abnahme der Tuberkulinempfindlichkeit (Popper) 251.
Pertussis, Wesen und Infektionsverhältnisse (Feer) 526.
Pertussis, Wesen und Behandlung (Ritter) 213, 532.
Pertussis, Optikusatrophie (Roedelins) 76.
Pertussis, Hautemphysem (Stammel jun.) 533.
Pertussis bei Neugeborenen (Cokkayne) 497.
Pertussis in den ersten Lebenstagen (Cockayne) 525.
Pertussis, Behandlung (Ochsenius) 531 — (Ritter) 239 — (Wassermann) 212.
Pertussis, Vakzinebehandlung (Bamberger) 275 — (Jakowleff) 75 — (Nicolle und Conor) 276 — (Luttinger) 530 — (Sill) 533 — (Wilson) 275,
Pertussis, Behandlung mit Adrenalin (Fletscher) 276 — (Lora) 276 — (Mulas) 530.
Pertussis, Behandlung mit Droserin (Cramer) 525.
Pertussis, medikamentöse Behandlung (Rey) 275.
Pertussis, Heilung durch Laparotomie (Rusca) 532.

Pertussis, Notwendigkeit von Keuchhustenspitälern (Pisek) 531.
Pfeifferscher Bazillus beim Säugling (Lagane) 429.
Pflege (Smith) 510 — (Weston) 510.
Pflege der Neugeborenen (Clark) 522 — des Neugeborenen (Leo-Wolf) 522.
Pflege und Ernährung (Tugendreich) 515.
Pharynx, Diphtherie (Fischer) 256.
Phenolphthalein, Vergiftung (Orland) 299.
Phimose, Erweiterung der Harnröhre, der Blase, der Ureteren, des Nierenbeckens (Schmincke) 99.
Phlebitis der unteren Extremität (David) 60.
Phlebographie (Donath) 188.
Phlyktäne, Ätiologie (Belenski-Raskin) 171, 475.
Phosphate in Milch (Njegovan) 6.
Phosphatide der Milch (Njegowan) 415.
Phosphor und Wachstum (Masslow) 492 — Bedeutung fürs Wachstum (Masslow) 520.
Phosphor und Kalk beim Wachstum (Herbst) 202.
Phosphor, Ausscheidung der Phosphate (Knox und Tracy) 493.
Phosphor, organische und anorganische Phosphate im Stoffwechsel (Grosser) 57.
Phosphor, anorganischer im Harn bei künstlicher Ernährung (Kaminer und Mayerhofer) 203.
Phosphor, Einfluß des Pflanzenphosphors auf den Blutbefund (Wolpe) 406.
Phosphor, Vergiftung (Carstens) 502.
Phosphor, Behandlung bei Rachitis (Schloß) 293.
Phosphor bei Epilepsie (Leubuscher) 292.
Phosphorlebertran, Einfluß auf den Stoffwechsel bei Rachitis (Schloss) 152, 313 — Vergiftung (Magnus) 569.
Phthise, (Fischer) 256.
Physostygmin, therapeutische Anwendung (Donath) 188.
Pituitrin (Citelli) 377.
Pityriasis rubra pilaris (Sequeira) 561.
Plasmazellen bei Pneumonie (Wätjen) 543.
Plattfuß (Ehrenfried) 566 — (von Pfaundler) 112.
Plazenta, Hormone (Niklas) 6.
Plazenta, Verwendung von Plazentarsubstanzen als Laktagoga (Niklas) 6.
Plethysmographie (Hess und Gordin) 508.
Pleuritis, Signe du sou (Ostrowsky) 187, 439.
Pleuritis, zytologische Formel und Formel nach Arneth (Delhaye und Lawaese-Delhaye) 94.
Plexus brachialis, kongenitale oder Geburtsläsionen (van Neck) 522.
Plexus, doppelseitige Lähmung (Junkel) 342.
Plexus solaris bei Scarlatina (Selinoff) 209.
Phagozytose bei Infektionskrankheiten (Schaefer-Hieber) 533.
Pneumokokken, Stoffwechsel (Foster) 3.
Pneumokokken, Erkrankung (Wolff) 260.
Pneumokokken, Lungenabszeß (Barrington-Ward) 94.
Pneumokokken, chronische Infektion der Lunge (Sutherland und Jubb) 93.
Pneumokokken, Meningitis cerebrospinalis (Dujol) 75.
Pneumokokken, Meningitis (Dollinger) 525 — (Huber) 497 — Äthylhydrokupreininjektionen (Wolff und Lehmann) 214.
Pneumokokken, Sepsis (Rolland und Buc) 532 — (Rueck) 532.
Pneumokokkenvirus, sensibilisiertes bei Pneumonie (Cohendy, Michel und Bertrand) 286.
Pneumonie (Crespin und Alaux) 543 — (Damon) 543 — (Freeman) 94 — (Riesman) 93.
Pneumonie, rezidivierende (Armstrong) 499, 543.
Pneumonie, ausgedehnte weiße (Fischer) 256.
Pneumonie, chronische (Nobel) 249.
Pneumonie, paravertebrale (Czerny) 244.
Pneumonie der ersten Lebenstage (Thaysen) 331.
Pneumonie, Klinik und Statistik (Palmegiani) 543.

Pneumonie, Leukozytenzählung (Hess) 544.
Pneumonie, Plasmazellen (Wätjen) 543.
Pneumonie, Signe du sou (Ostrowski) 187, 439.
Pneumonie, Abszeßbildung des Unterlappens (Schmincke) 98.
Pneumonie, zerebrale Symptome (Edgeworth) 543.
Pneumonie nach Adenodektomie (Bassim) 545.
Pneumonie, Behandlung (Delcourt) 286 — (Goltman) 543.
Pneumonie, Serotherapie 543.
Pneumonie, Rekonvaleszentenserum (Jelke) 286.
Pneumonie, sensibilisiertes Pneumokokkenvirus (Cohendy, Michel und Bertrand) 286.
Pneumonie, Sauerstoffinhalationen (Delcourt) 93, 543.
Pneumonie während Arsenbehandlung (Weber) 219.
Pneumothorax (Jewesbury) 543 — künstlicher (Pielsticker und Vogt) 486 — einseitige Lungentuberkulose (Nobel) 252.
Porenzephalie (Salzmann) 558 (Schmincke) 114.
Polio-Enzephalo-Myelitis (Hertz, Johnson und Depree) 557.
Poliomyelitis, amerikanische Literatur (Wachenheim) 181.
Poliomyelitis (Barbour) 181 — (de Biehler) 428 — (Bolin) 181 — (Bychowski) 428 — (Cassel) 213, 237, 525 — (Engelmann) 526 — (Kling und Levaditi) 529 — (Leo) 529 — (Moricheau-Bauchant, Guyonnet und Corbin) 530 — (Mosby) 181 — (Resewill) 532 — (Skoog und Gibson) 533.
Poliomyelitis, atypische (Wachenheim) 181.
Poliomyelitis, miliäre Form (Netter) 497.
Poliomyelitis, meningeale Form (D'Espine) 526 — (Netter) 531.
Poliomyelitis, polyneuritische Form (Leopold) 181.
Poliomyelitis, Pathologie (Flexner, Clark und Amoss) 318.
Poliomyelitis, Ätiologie (Amoss) 319, 524 — (Lust) 257 — (Lust und Rosenberg) 427.
Poliomyelitis, experimentelle Untersuchungen (Dubois, Neal und Zingher) 526 — experimentelle Arbeiten (Thomsen) 534.
Poliomyelitis, Übertragung (Rosenau) 181 — Übertragung durch Stallfliege (Sawyer und Herms) 181.
Poliomyelitis, Keimträger (Kling und Petersson) 320.
Poliomyelitis, intraspinale Infektion (Clark und Amoss) 319, 525.
Poliomyelitis, Übergang des Erregers aus dem Blut in die Spinalflüssigkeit (Flexner und Amoss) 320, 428.
Poliomyelitis, Untersuchungder Zerebrospinalflüssigkeit (Fraser) 181.
Poliomyelitis, Beziehungen des Virus zum Blut (Clark, Fraser und Amoss) 320.
Poliomyelitis, Lähmung der unteren Extremität (Magruder) 181.
Poliomyelitis, Lähmung der Bauchmuskeln (Sutherland) 534.
Poliomyelitis, Kontraktur des Hüftgelenkes (Soutter) 566.
Poliomyelitis, choreiforme Manifestationen (Netter und Ribadeau-Dumas) 531.
Poliomyelitis und Landrysche Paralyse (Loewy) 529 — (Sharp) 501.
Poliomyelitis und Epilepsie (Clark und Sharp) 548.
Poliomyelitis, Ursache und Verhütung (Saunders, Meisenbach und Wisdom) 533.
Poliomyelitis, Verhütung (Boudreau) 524.
Poliomyeilitis, Behandlung (Bauman) 181 — (Lovett) 529 — (Moulton) 530.
Poliomyelitis, Behandlung der Lähmung (Frauenthal) 181, 526.
Poliomyelitis, elektrische Behandlung (Delherm und Laquerrière) 525.
Poliomyelitis, Serotherapie (Netter) 511.
Poliomyelitis, orthopädische Behandlung (Watkins) 181.
Poliomyelitis, Chirurgie (Ryerson) 181.
Poliomyelitis, operative Behandlung (Davis) 525 — (Ryerson) 532 — (Soutter) 533.
Poliomyelitis, Sehnentransplantation (Spitzy) 255, 533,
Poliomyelitis, Endemie (Kern) 528 — (Roth) 532.

Poliomyelitis, Epidemiologie (Flexner, Clark und Amoss) 318, 526 — Epidemiologie und Pathologie (Flexner) 526.
Poliomyelitis, rheinisch-westfälische Epidemie (Deutsch) 428 in Bayern (Uffenheimer) 99, 534 — in den Niederlanden (Schippers und de Lange) 74, 318 — in der Schweiz (Golodetz) 527 — Epidemie in Polen (de Biehler) 428, 524 — Epidemie in Lindaas (Aaser) 427.
Polyneuritis, postdiphtherische (Dreyfus und Schüler) 526.
Polyneuritis des Akustikus und Fazialis nach Scarlatina (Max) 396.
Polyp im Nasopharynx (Abrand) 563 — der Harnblase (Hilsmann) 565 — des Rektums (d'Arcis) 564.
Polyzythämie (Arnstein) 543.
Porosität der Knochen (Töppich) 522.
Pottsche Krankheit und Syphilis (Mutel) 540.
Pränatale Hygiene in New York (van Ingen) 232.
Präzipitine, spezifische bei Leishmaniosis (Caronia) 215.
Prolaps des Rektums, Behandlung (Harttung) 349.
Prolaps des Uterus (Mayerhofer) 568.
Prolinfraktion bei der Kydrolyse des Kaseins (Formann) 3.
Propionsäurebildner (Wolff) 8.
Protylin (Goldschmidt) 509.
Pseudarthrosen (Jüngling) 565.
Pseudodiphtheriebazillen (Schmitz) 533.
Pseudogliom (Gilbert) 354.
Pseudohermaphroditismus (Neff) 568 — masculinus (von Khautz) 568.
Pseudohypertrophie (Camp) 226.
Pseudolaktation (Raitsits) 7.
Pseudotetanus (Nobel) 252.
Psoriasis (Davis) 561.
Psoriasis discoidea (Leiner) 245, 561.
Psoriasis und Tuberkulose (Klotz) 446, 561.
Psychasthenie (Griffith) 556.
Psychoanalyse (Stern) 554.
Psychogene Störungen (Williams) 554.
Psychologie (Isserlin) 124.
Psychoneurosen, affektive bedingte (Heller) 556.
Psychopathien während des Wochenbettes (Resinelli) 140.
Psychopathen (Gohde) 554.
Psychopathische Kinder (Clark) 553 — (Stier) 554.
Psychopathische Minderwertigkeit (Girstenberg) 225.
Psychose, Heredität (Jolly) 557 — vererbbare Disposition (Krueger) 557.
Psychose und Kriminalität (Raecke) 444, 558.
Psychotherapie (Goett) 359, 554.
Ptosis, kongenitale (Goldstein) 172 — congenita mit kollateraler Vererbung (Ginsburg) 172.
Pubertät, frühzeitige (Münzer) 305.
Puériculture et Pouponnières (Raimondi) 165.
Pulmonalis, Atresie (Häberle) 542.
Pulmotor (Clifton) 271.
Puls (Katzenberger) 508.
Puls, paradoxer und lordotische Albuminurie (Gaisböck) 552.
Pulsation des Herzens (Goett) 91.
Pupillarmembran, Persistenz der fötalen (Stähli) 173.
Pupillenstarre, reflektorische (Plaschkes) 558.
Purpura (Tixier) 544.
Purpura, Henochsche (Barling) 63, 543 — (Lederer) 64.
Purpuraform bei Pneumokokkensepsis (Rolland und Buc) 532.
Purpura und Tuberkulose (Sevin) 538.
Pyelitis (Langstein) 235.
Pyelitis, kolibazilläre (Scheltema) 504.
Pyelitis und Otitis media (Fliess und Glaser) 395.
Pyelitis, Behandlung (Duker) 298, 339.
Pyelitis, Vakzinetherapie (Hengefeld) 298 — Vakzinebehandlung (Langstein) 238, 552.
Pyelozystitis (Moes) 552.
Pylorus, Röntgenuntersuchung (de Buys) 548.
Pylorus, Stenose 551 — (Cautley) 548 — (Downes) 548 — (Hammond) 549 — (Hess) 549 — (Keefe) 289 — (Langmead) 549 — (Marfan und Bandouin) 440

— (Ribadeau-Dumas und Boncompain) 550 — (Richter) 335 — (Scudder) 550 — (Sheffield) 550 — (White und Jobse) 551.
Pylorus, Stenose, Röntgendiagnostik (de Buys) 221.
Pylorus, Stenose, Papaverin zur röntgenologischen Differentialdiagnose (Holzknecht und Sgalitzer) 289.
Pylorus, Stenose, Therapie (Holt) 500.
Pylorus, Stenose, Operation (Rammstedt) 289 — Rammstedts Operation (Lilienthal) 549.
Pylorus, Spasmus (Hess) 413 — (Lichtenstein) 549 — (Oberwarth) 237.
Pylorus, Spasmus und habituelles Erbrechen (Liefmann) 549.
Pylorus, Spasmus und Rumination (Aschenheim) 308.
Pylorus, Spasmus und Pankreasfermente (Hess) 289.
Pylorus, Spasmus, Behandlung (Peiser) 413 — (Putzig) 289 — (Ruhräh) 413 — Behandlung mit Papaverin (Knöpfelmacher) 252.
Pyodermitis (Ribadeau-Dumas und Philippe) 532 — Behandlung (Triboulet) 446.

Quarantäne wegen Masern (Graham) 573.
Quecksilber, molekular zerstäubtes (Richter) 278.
Quintonsches Plasma (Triboulet und Godlewski) 515.

Rachitis (Eichler) 560 — (Variot) 560.
Rachitis, kongenitale (Reano) 560.
Rachitis, experimentelle (Koch) 342.
Rachitis, Ätiologie (Raczynski) 446.
Rachitis, Pathologie (Funk) 365.
Rachitis, Übertragbarkeit (Delcourt) 560.
Rachitis bei Volksschulkindern (Peters) 575.
Rachitis bei Tieren von thyreoidektomierten Eltern (Claude und Rouillard) 560.
Rachitis, Blutuntersuchung (Perls) 560.
Rachitis, Verteilung der Kalksalze (Pollini) 520.
Rachitis der Nase (Walb) 564.
Rachitis, Exostosen (Wiemers) 567.
Rachitis, Ätiologie und Therapie (Stoesser) 152.
Rachitis, Stoffwechsel und Behandlung (Schloss) 234.
Rachitis, Therapie (Salge) 501 — (Schloss) 152, 313, 314 — (Wieland) 151.
Rachitis, Behandlung mit Lebertran, Kalk und Phosphor (Schloss) 293.
Rachitis, Hypophysenbehandlung (v. Maltzahn) 560 — (Weiss) 293, 561.
Rachitis und Gastrektasie (van Lair) 152.
Rachitis, Behandlung der Deformitäten (Böhm) 152.
Radiumtherapie der Tuberkulose (Baud) 488 — (Bernheim) 488.
Radium, Verwendung bei Hautepitheliome, Angiome und Keloide (Wickham und Degrais) 44.
Radium, Anwendung in der Gynäkologie (Wickham) 44.
Radiumdioradin bei Lungentuberkulose (Orlow) 488.
Rahm, Untersuchung nach dem Sichlerschen Alkoholsinazidverfahren (Hesse) 5.
Rahmgemenge nach Schloss (Reinach) 112.
Rassenhygiene in den Vereinigten Staaten (v. Hoffmann) 369.
Raynaudsche Krankheit (Coppolino) 561 — (Tridon) 562.
Razemisierung von Kasein (Dakin und Dudley) 2.
Rechtshändigkeit (Voelkel) 305.
Reduktaseprobe (Höyberg) 5.
Reflex, Beziehungen alternierender Bewegungen zur Länge der Reflexbahnen (Freund) 302.
Reflexerregbarkeit des Ohrlabyrinthes (Alexander) 394.
Reflexneurosen, nasale (Lewinstein) 379.
Refraktion, Bestimmung bei Schulkindern (Carsten) 562.
Refraktion, Entstehung der sphärischen des menschlichen Auges (Steiger) 174.
Rektum, Prolaps (Lengnick) 565.
Rektum, Behandlung des Prolapses (Harttung) 349.
Rektum, kongenitale Zyste (Brandeis) 564.

Rektum, kongenitale abnorme Ausmündung (Marquis) 568.
Rektum, Polyp (d'Arcis) 564.
Rektum, Krankheiten (Lockhart) 549.
Rekurrent, Lähmung (Wagner) 559.
Renntiermilch (Barthel und Bergman) 2.
Report of the Proceedings of the english-speaking conference on infant mortality 165.
Respiration, Mundatmung 543.
Respiration, künstliche (Liljestrand) 315.
Respiration, Atemgymnastik (Nothmann und v. Ruckteschell) 543.
Respiration nach Entfernung der Adenoide (Clanahan) 220.
Respiration, Veränderungen der Atmungskurven bei Spasmophilie (Masslov) 316, 523.
Respirationswege, Infektion (Chappell und Brown) 500.
Retina, Bildung rosettenartiger Figuren (Lindenfeld) 173.
Retina, juvenile Gefäßerkrankungen (Gilbert) 172.
Retina, Tuberkulose (Knapp) 173 — sekundäre Tuberkulose (Agricola und Thies) 171.
Retina, Gliom (Gleeson) 562.
Retina, spontane Heilung von Gliom (Lindenfeld) 173.
Retina, Anomalie bei Mikrophthalmus (Bergmeister) 171.
Retinitis, syphilitica hereditaria (Ito) 172.
Retrobulbäre Erblindung (Pause) 379.
Rhaphe, Histologie der kongenitalen Schleimhautzysten (Matzumoto) 507.
Rheumatismus (Colliver) 525.
Rheumatismus, primärer chronischer Gelenkrheumatismus (Strauss) 255, 534.
Rheumatismus, Endokarditis (Lucas und Wentworth) 542 — (Sutherland und Coombs) 542.
Rheumatismus, primärer chronischer und Parotitis (Bien) 245, 524.
Rheumatismus, Anwendungder Salilzylsäure (Stockman) 44.
Rheumatismus nodosus (Navarro) 147.
Rheumatismus und nasale Erkrankungen (Senator) 379.
Rhinitis (Marc-Hadour) 563 — (Tunnicliff) 564.
Rhinitis posterior (Göppert) 285, 378.
Rhinologie,Sammelreferat (Göppert) 377.
Rhodium, kolloidales (Pechère) 44.
Riesenwuchs (Müller) 560.
Riesenwuchs, kongenitaler (Katayama) 560.
Riesenwuchs, partieller (Antoni) 560 — (Goldreich) 246, 560.
Riesenwuchs, halbseitiger des Schädels (Finkelstein) 238.
Rippe, kongenitaler Defekt (Cockayne) 567.
Rippe, angeborener totaler Defekt (Götzky und Weihe) 567.
Rohmilchgerinnsel (Poulsen) 314.
Röntgenbehandlung der Spina ventosa (Liberge) 568.
Röntgenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose (Baisch) 488 — (Schmerz) 488.
Röntgenbehandlung der Lungentuberkulose (Küpferle) 284 — (Küpferle und Bacmeister) 284.
Röntgenbehandlung der vergrößerten Tonsillen und adenoiden Vegetationen (Stenart) 285.
Röntgendiagnostik der Magenkrankheiten (Faulhaber) 456.
Röntgendiagnostik der Darmkrankheiten (Faulhaber 335.
Röntgendiagnostik der Pylorusstenose (de Buys) 221, 548.
Röntgendiagnostik der Bronchialdrüsentuberkulose (Keiner) 479 — (Neuhaus) 479 — (D'Oelsnitz und Paschetta) 538 — (Simon) 479.
Röntgendiagnostik der Hilustuberkulose (Sluka) 479.
Röntgendiagnostik der Lungentuberkulose (Rach) 329, 479 — (Ribadeau-Dumas, Maingot und Weill) 538.
Röntgendiagnose bei unklaren Zuständendes Abdomens (Morse) 550.
Röntgendiagnose endothorakaler Senkungsabszesse (Rach) 509.
Röntgenuntersuchung des Thorax (d'Oelsnitz und Paschetta) 545.
Röntgenuntersuchungdes Magens (Pisek und Le Wald) 508 — (Rach) 508.

Röntgenuntersuchungen des Magendarmkanals (Chapin) 507.
Rochersche Krankheit (Pironneau) 542.
Rosenbachsches Tuberkulin (Beck) 87, 264, 283 — (Bergmann) 283 — (Drowatzky und Rosenberg) 283 — (Kausch) 283 — (Lesser und Kögel) 283.
Roseola (Zahorsky) 154, 562.
Rostock, Bericht der medizinischen Kinderabteilung (Brüning und Paulsen) 573.
Rubeola (Saito) 532.
Rubeola, Epidemie (Mc Naught) 530. — (Spieler) 533.
Rumination (Peiser) 307, 550 — (Schippers) 491, 515.
Rumination und Pylorospasmus (Aschenheim) 308.
Rumination, Therapie (Huldschinsky) 307.
Rumpel-Leedesches Phänomen (Richardson) 68, 532.

Saccharose, Wirkung der Hitze (Lavialle) 513.
Salizyl bei Schnupfen (Sick) 380.
Salizylnatrium, Ausscheidung durch den Harn (Nobécourt) 506
Salizylsäure bei Rheumitismus (Stockman) 44.
Salpetersäure, Nachweis in Milch (Barth) 2.
Salvarsan (Brisson) 540 — (Ehrlich 278 — (Gerber) 378 — (Holt und Brown) 540 — (Pfeiffer) 379 — (Strathy und Campbell) 541.
Salvarsan, rektale Anwendung (Weill, Morel und Mouriquand) 91.
Salvarsan, Ikterus nach rektaler Einführung (Vogt) 299.
Salvarsan, Ursache und Verhütung des Todes (Schindler) 457.
Salvarsan bei Lyssa (v. Zumbusch) 277.
Salvarsan bei Scarlatina (Jochmann) 275, 421.
Salvarsan, intravenöse Salvarsaninjektion bei Scarlatina (Lenzmann) 275.
Salvarsan bei Stomatitis und Angina Vincenti (Flandin) 548.
Salvarsan bei geschwürigen Prozessen (Assmy und Kyritz) 277.
Salvarsan bei Chorea (Talent) 558.
Salvarsan bei Syphilis (Beck) 395 — (Holt und Brown) 90.
Salvarsan bei Spätsyphilis (Strathy und Campbell) 91.
Salzfieber (Heim) 311.
Sammelreferat über die Arbeiten auf dem Gebiete der Milchwissenschaft und Molkereipraxis (Grimmer) 1.
Sammelreferat über Therapie (Birk) 269.
Sammelreferat über Rhinolaryngologie und Otologie (Göppert) 377.
Sammelreferat über die deutsche ophthalmologische Literatur (Gallus) 171.
Sammelreferat über Tuberkulose (Schelbe und Franke) 461.
Santonin. Vergiftung (Chassevant) 569.
Sarkom (Hallé und Françon) 565.
Sarkom, Heredität 566.
Sarkom, erbliche Übertragung (Manson) 565.
Sarkom des Hodens (de la Villéon 566.
Sarkom der retroperitonealen Drüsen (Brinda) 564.
Sarkom, Spindelzellensarkom der Orbita (Fischer) 256.
Sauerstoff, Druckatmung beim Scheintod des Neugeborenen (Engelmann) 271.
Sauerstoff, Inhalation bei Pneumonie (Delcourt) 93, 543.
Sauerstoff zur Behebung von Darmkrankheiten (Schmidt) 288.
Saugen, Physiologie (Bahrt) 241, 511.
Säuglingsmilchstationen (Baker) 570.
Säuglingsheime in Frankreich (Raimondi) 572.
Scapula scaphoidea (Warburg) 449, 569.
Scarlatina sine exanthemata (Lorange) 66.
Scarlatina, Otitis media perforativa (Holmgren) 395.
Schädel, intrakranielle Geburtsverletzungen (Reuss) 522.
Schädel, Trauma beim Neugeborenen (Wilkox) 271.
Schädel, Impression beim Neugeborenen (Gfroerer) 522.
Schädel, Depressionsfrakturen (Kosmak) 271.
Schädel, Fraktur (Broca) 564 — (Rendu) 565.
Schädel, Deformität mit Augensymptomen (Larsen) 173.

Schädel, Knochendefekt (Koch) 244, 560.
Schädel, halbseitiger Riesenwuchs (Finkelstein) 238.
Schafmilch (Baintner) 1 — (Biro) 2.
Scheintod des Neugeborenen (Engelmann) 271,
Schielen, konkomitierendes (Caesar) 172.
Schielen, operative Behandlung (Landolt) 173.
Schielen, Behandlung durch überkorrigierende Konkavgläser (Landolt) 173.
Schlaf, Störungen (Hamburger) 556.
Schmierkur, farblose (Hädicke) 278.
Schnuller und Glossitis exfoliativa (Wodak) 551.
Schrift (Klemm) 575.
Schrumpfniere (Lederer) 255, 552.
Schule, Entwicklung des Schulkindes (Strauß) 575 — (Tooker) 575.
Schule, physische, geistige und moralische Kraft der Schulkinder (Knopf) 575.
Schule, körperliche Erziehung (Hofbauer) 575.
Schule und Verdauung (Guinon) 575.
Schule, Zahnpflege (Kantorowicz) 575.
Schule, Ruhen und Spielen (Love) 575.
Schule, zurückgebliebene Schulkinder (Baker) 574.
Schule, Augenerkrankungen bei Schulkindern (Gastpar) 172.
Schule und Tuberkulose (Knopf) 575. — (Lapham) 575
Schule, Erkrankungen der Lehrerschaft (Leubuscher) 575.
Schule, Schulküchen in Italien (Martell) 575.
Schule und Sozialmedizin (Macy) 575.
Schule und Jugendgerichtspflege (Keselsdorfer) 575.
Schule, Kongreß in Buffalo (Stephani) 575.
Schularzt (Barbour) 574 — (Barth) 574 — (Brankamp) 574 — (Sobel) 575.
Schulaufsicht auf dem Lande (Jones) 575.
Schulaufsicht in New York (Baker) 574.
Schulhygiene, Handbuch (Selter) 265.
Schulhygiene in Amerika (Weinberg) 575.
Schulter, kongenitale oder Geburtsläsionen (van Neck) 522.
Schwachbegabte, Spezialklassen (Naville) 140 — Siehe auch Abnorme.
Schwaches Kind (Sperk) 253..
Schwachsinn, Symptomatologie (Plaskuda) 554.
Schwachsinn, frühzeitige Erkennung (Barnes) 553 — (Smart) 554.
Schwachsinn, Erziehung (Ziegler) 554.
Schwachsinn, Diagnostik (Donnally) 554.
Schwangere, Fürsorge (Desprechins) 521.
Schwangerschaft und innere Sekretion (Seitz) 266.
Schwangerschaft, biologische Beziehungen zwischen Mutter und Kind (Wolff) 521.
Schwebelaryngoskopie (Albrecht 564 — (Killian) 378.
Schweißdrüsen beim Fötus (Fossati) 507.
Schweißdrüsen, kongenitaler Mangel (Crist) 377.
Schweißfriesel (Jochmann) 454.
Schwer erziehbare Kinder (Major) 122.
Schwerhörige, Fürsorge in Berlin (Brühl und Schorsch) 574.
Schwerhörigkeit bei Schulkindern (van der Wal) 504.
Schwimmhautbildung (Thomas) 569.
Sedobrol bei salzarmer Ernährung der Nephritiker (Deutsch) 297.
Seebadeorte, gesundheitlich wichtige Verhältnisse (Abel) 368.
Seehospize bei Tuberkulose (Wollmer) 437.
Seeklima, Einfluß aufs Blut (Conradi) 220, 507.
Seelenleben des Kindes (Hug-Hellmuth) 122.
Sekretion, innere und Schwangerschaft (Seitz) 266.
Selbstbefreiung aus nervösen Leiden (Bergmann) 555.
Selbstmord (Eulenburg) 554 — (Terman) 558.
Sensibilität der Bauchhöhle (Kappis) 301.

Sepsis, intravenöse Infusion menschlichen Normalserums (Bennecke) 275.
Septikämie (Hutinel) 528.
Septum, Resektion (Heermann) 378.
Septum, submuköse Resektion (v. Eicken) 378.
Septum, Reorganisation des Knorpels (Ssamoylenko) 380.
Serum, wiederholte Einführung der Heilsera (Klimenko) 187, 408.
Serumexanthem, Leukozytenbefunde (Dupérié und Marliangeas) 526.
Serumexanthem, Bedeutung der Leukozyteneinschlüsse (Rosanoff) 407.
Serumkrankheit (Axenoff) 189 — (Schulz) 304.
Serumkrankheit, Inkubationsperiode (Cowie) 408, 510.
Serumschäden (Méry) 510.
Sexualvorstellungen bei Psychoneurosen (Frink) 556.
Sialoadenitis sublingualis acuta epidemica (Hegler) 76.
Sichlersches Alkoholsinazidverfahren (Hesse) 5.
Signe du sou bei Pneumonie und Pleuritis (Ostrowski) 187, 439.
Sinnesleben der Neugeborenen (Canestrini) 362.
Sinusthrombose, Histologie und Pathologie (Streit) 396.
Situs inversus viscerum (de Lange) 118.
Skabies, Behandlung (Klotz) 446, 561.
Skapula, kongenitale Erhöhung (Neuhof) 502.
Skarlatina (Fischl) 274 — (Rucker) 532.
Skarlatina im Greisenalter (Ker) 68.
Skarlatina, abortive (Levi) 422.
Skarlatina, anomales Exanthem (Schabad) 207.
Skarlatina, präskarlatinöse Urtikaria (Galli) 154.
Skarlatina, Theorie (Cederberg) 421, 525.
Skarlatina, Diagnose (Adkins) 524.
Skarlatina, Leukozyteneinschlüsse (Dychno) 67 — (Massini) 422 — Bedeutung der Leukozyteneinschlüsse (Rosanoff) 407.
Skarlatina, Komplementbindungsreaktion (Legeiko) 209.
Skarlatina, Abdominalschmerzen (Mey) 530.
Skarlatina, Rumpel-Ledesches Phänomen (Richardson) 68, 532.
Skarlatina, Abderhaldensches Dialysierverfahren (Schultz und Grote) 533.
Skarlatina, Einfluß auf die Wassermannsche Reaktion (Jakobovics) 321.
Skarlatina, Bakteriologie des Nasenrachenraumes (Ferry) 526.
Skarlatina und Diphtheriebazillen (Higgins) 495.
Skarlatina, gangränescierende Diphtherie (Schmincke) 97.
Skarlatina und Angina (Hitlin) 528.
Skarlatina, pyämische Hauterscheinungen (Rossiwall) 250.
Skarlatina, Harnfarbe (Gouellec) 527.
Skarlatina, Funktionsprüfung der Niere mittels Phenolsulfonphthalein (Fischbein) 526.
Skarlatina, Nephritis (Hutinel) 528 — nephritische Herzanomalien (Baginsky) 422.
Skarlatina, Urobilinurie (Gromski) 423.
Skarlatina, Nebenniere (Hutinel) 220.
Skarlatina, Herz, Herzganglien und Plexus solaris (Selinoff) 209.
Skarlatina, Hämorrhagien (Klimenko) 208.
Skarlatina, Otitis media perforativa (Holmgren) 395.
Skarlatina, Ertaubung nach Scharlachotitis (Busch) 395.
Skarlatina, plötzliche Ertaubung bei Scharlachotitis (Manasse) 395.
Skarlatina, subperiostale Abszesse (Sörensen) 207.
Skarlatina mit Meningitis meningococcica kompliziert (v. Barabas) 321.
Skarlatina, Polyneuritis des Akustikus und Fazialis (Max) 396.
Skarlatina, Appendizitis (Seitz) 533.
Skarlatina, Diaphragma im Pharynx (O'Malley) 530.
Skarlatina, zweimaliges Auftreten (Lämmerhirt) 422.
Skarlatina, Rezidive (Jacobson) 528 — Heimkehrfälle (Knöpfel-

macher und Hahn) 250, 529 — (Wegmann) 67.
Skarlatina, Epidemie (Alabrese) 524 — Epidemie in Warschau (Niesenson) 423 — Epidemie in Wilna (Boguszewski) 423.
Skarlatina, Isolierung (Robertson) 321.
Skarlatina, Eukalyptusfrage (Elgart) 275.
Skarlatina, Behandlung (Benjamin) 274 — (Fischer) 275 — (Mosby) 530.
Skarlatina, Hydrotherapie (Hanson) 527.
Skarlatina, Nukleinsäurebehandlung (Skorodumoff) 66.
Skarlatina, Salvarsanbehandlung (Jochmann) 275, 421 — intravenöse Salvarsaninjektion (Lenzmann) 275.
Skarlatina, Serotherapie (Moog) 530 — (Schreiber) 275.
Skarlatina, Rekonvaleszentenserum (Koch) 529 — (Lederer) 529.
Skarlatina, Behandlung mit Rekonvaleszentenserum uxd Normalserum (Rowe) 532.
Skarlatina, Schutzimpfung (de Biehler) 524.
Skarlatina, Vakzine (de Biehler) 423. — (Czarkowski)i 423 — (Krukowski) 424.
Skarlatina, Vakzinetherapie (Kiefer) und Ferry) 496 — (Schultze und Goldberger) 496.
Skarlatina, Behandlung mit Streptokokkenvakzine (Walker) 275.
Skarlatina, Wundscharlach (Luna) 530.
Sklera, angeborene Veränderungen (Peters) 562.
Sklera, blaue und Knochenbrüchigkeit (Peters) 173.
Sklerem, autochthones (de Lange) 118.
Sklerodermie, kongenitale (Eggert) 247 — (Goldreich) 254.
Sklerodermie der Neugeborenen (Mayerhofer) 246, 522.
Sklerose, multiple (Stamm) 558.
Skoliose (Gourdon und Dijonneau) 566.
Skoliose, kongenitale (Feutelais) 566.
Skoliose, angeborene Entwicklungsfehler des Rumpfskelettes (Böhm) 447.
Skoliose, lumbodorsale (Rocher und Mabille) 566.
Skoliose, Behandlung (Schanz) 566.
Skoliose, Abottsche Behandlung (Ombrédanne) 350. — (Vulpius) 350.
Skorbut der kleinen Kinder (Hart und Lessing) 121.
Skorbut, lipoidfreie Ernährung (Stepp) 520.
Skrophuloderma (Bähr) 535.
Skrofulose (Hochsinger) 470, 479 — (Knoll) 537.
Skrofulose oder Überempfindlichkeit für tuberkulöse Infektion (Mc Neil) 523.
Skrofulose und Tuberkulose (Hamburger) 536
Skrofulose, Augenleiden (Sattler) 563.
Skrofulose, Behandlung skrofulöser Augenerkrankungen (Bock) 171.
Skrofulose, Behandlung (Engel) 436.
Skrofulose, Diätetik (Moro) 490.
Solbäder, Wirkung auf den Organismus (Schkarin und Kufajeff) 59.
Sommerdiarrhöe (Epstein) 512 — (Hunt) 198 — (Kendall) 198 — (Kendall und Day) 198 — (Kendall, Day und Bagg) 198 — (Smith) 198.
Sommerdiarrhöe und Hitze (Zahorsky) 198, 516.
Sommerdiarrhöe, Verhütung und Behandlung (Lichtfield) 513.
Sommersterblichkeit im Regierungsbezirk Magdeburg (Brumund) 512.
Soziale Hilfe im Krankenhaus (Nageotte-Wilbouchewitch) 572.
Soziale Medizin, Lehrbuch (Ewald) 265.
Speicheldrüsen, primäre eitrige Entzündung (Lewin) 78.
Spasmophilie (Hüffel) 317 — (Thorspecken) 317.
Spasmophile, zeitliche Folge der spasmophilen Erscheinungen (Rosenstern) 316.
Spasmophile Diathese und kongenitale Debilität (Rosenstern) 316.
Spasmophilie, familiäre Reaktion und gehäufte Absenzen (Sedgwick) 523.

Spasmophilie, Veränderungen der Atmungskurven (Masslow) 316, 523.
Spasmophilie, traumatische Entstehung (Mann) 523.
Spasmophilie, Bronchotetanie (Lederer) 95.
Spasmophilie in Japan (Iwamura) 523.
Spasmophilie, Behandlung (Thiemich) 293.
Spasmophilie, Dosierung von Kalkserum (Blühdorn) 293.
Spasmophilie, Behandlung mit Parathyreoidea (Meyer) 235, 293.
Spasmus glottidis (Chatelin) 563.
Spina bifida (Bibergeil) 567. — (Broca) 567 — (Chalier und Santy) 567 — (Convert und Santy) 567 — (Edington) 567 — (Hoguet) 568 — (Mayerhofer) 568 — (Pfanner) 568 — (Urano) 569 — (Zarfl) 256.
Spina bifida occulta und Enuresis (Scharnke) 552.
Spina ventosa, Röntgenbehandlung (Liberge) 568.
Spinalflüssigkeit, Übergang des Erregers der Poliomyelitis (Flexner und Amoss) 320.
Spirometrische Untersuchungen bei abnormen mechanischen Bedingungen (Vogt und Zacharias) 509.
Splenomegalie (Herrman, Roth und Bernstein) 501 — (Niemann) 333.
Splenomegalie, tropische (Massloff) 136.
Spondylitis, infektiöse (Reye) 214.
Spondylitis, Lungenhernie (Duncker) 536.
Spondylitis, Tuberkulose (Garré) 536.
Sport, Vor- und Nachteile (Kaitant) 162 — (v. Winiwarter) 162.
Sprache, biologische Entwicklung (v. Bechterew) 511.
Sprache, defekte (Hudson-Makuen) 511.
Sprachfehler bei Schulkindern (van der Meer) 351.
Sprengelsche Deformität (Neuhof) 502.
Stammeln, Fürsorge (Mangold) 511.
Staphylokokkenspray bei Diphtheriebazillenträgern (Womer) 211.
Staphylome, kongenitale der Kornea (Wioths) 174.
Star, kongenitaler hinterer Polarstar (Bernheimer) 171.
Status lymphaticus (Göppert) 213 — (M'Neil) 63, 523 — (Müller-Berthold) 379.
Status thymicolymphaticus (Bartel) 523 — (Landesberg) 523 — (Pallesen) 523.
Status thymicus, Verhalten der Thymus (Hornowski) 440.
Stäubchen (Klotz) 557.
Stauungshyperämie bei Tuberkulose (Bier) 486.
Sterblichkeit (Ashby) 570 — (Fife) 570 — (Holt) 571 — (van Ingen) 232 — (Peiper) 572 — (Reuben) 572 — (Tuley) 573.
Sterblichkeit in den ersten Lebenswochen (Koplik) 315, 522 — (Thierry-Detaille) 522 — (Wallich) 523.
Sterblichkeit in den ersten Tagen des Anstaltsaufenthaltes (Putzig) 450, 574.
Sterblichkeit an Durchfall (Chambrelent) 512.
Sterblichkeit und Hitze (Schereschewsky) 232, 573.
Sterblichkeit und Fürsorge (Japha) 161.
Sterblichkeit, Beziehungen zur Milch (Tuley) 518.
Sterblichkeit, Methodisches zur Berechnung (Schmelzle) 573.
Sterblichkeit im Großherzogtum Baden (Felsenthal) 160.
Sterblichkeit in Bayern (Grassl) 571.
Sterblichkeit in Altbayern (Roetzer) 572.
Sterblichkeit und Ernährung in München 159.
Sterblichkeit in Altona (Kschischo) 571.
Sterblichkeit an Ernährungsstörungen und Krämpfen in Amsterdam (de Lange) 160.
Sterblichkeit in Frankreich (Chambrelent) 570.
Sterblichkeit in Algier und Tunis 573.
Sterilisierung, Anwendung von Elektrizität (Beattie und Lewis) 2.
Stickstoff, Hypoazoturie (Tzarkies) 559.
Stillen (Lowenburg) 197 — (Mangiagalli) 514 — (Voigt) 516.

Stillen und Albuminurie (Fedele) 48.
Stillen und Menstruation (Tibone) 48, 515.
Stillen und Nervosität (Frost) 49.
Stillen und Tuberkulose (Cozzolino) 49.
Stillen, Stillungsnot (Hirsch) 513.
Stillen durch eine Hündin (Zahorsky) 516.
Stillen bei Tuberkulose der Mutter ((Cozzolino) 472.
Stillen, Amenorrhöe (Thiemich) 409, 518.
Stillen und Mutterschutz (Nobécourt) 572.
Stillsche Krankheit (Manning und Fassett) 553 — (Piske) 443
Stimmphänomen bei Chorea (Swift) 490.
Stirnhöhle, Entzündung (van den Wildenberg) 380.
St. Johns Guild of New York (Hartshorn) 574.
Stoffwechsel, respiratorischer (Niemann) 57.
Stoffwechsel der Mineralien (Giffhorn) 4.
Stoffwechsel, Kochsalz (Bauer) 519.
Stoffwechsel, organische und anorganische Phosphate (Grosser) 57.
Stoffwechsel, Einfluß von organischen und anorganischen Kalkphosphorpräparaten bei Rachitis (Schloss) 314.
Stoffwechsel des Cholesterins (Bacmeister und Havers) 519.
Stoffwechsel, Beziehung der Milz zum Eisenstoffwechsel (Bayer) 338.
Stoffwechsel des Wassers bei exsudativer Diathese (Lederer) 523.
Stoffwechsel, Ausnutzung von Vollmilch und kaseinfettangereicherter Milch (Frank) 3.
Stoffwechsel im Hunger (Schlossmann und Murschhauser) 493, 494.
Stoffwechsel, Einfluß der vorangegangenen Ernährung auf den Stoffwechsel im Hunger (Schlossmann und Murschhauser) 416.
Stoffwechsel, Einfluß chronischer Unterernährung (Zuntz) 417.
Stoffwechsel bei rektaler Ernährung (Mutch und Ryffel) 298.
Stoffwechsel bei Dyspepsie und alimentärer Intoxikation (Jundell) 311.
Stoffwechsel in der Gravidität (Fetzer) 519 — (Landsberg) 520.
Stoffwechsel bei Rachitis (Schloss) 313.
Stoffwechsel bei Gallengangsverschluß (Yllpö) 521.
Stoffwechsel bei Osteogenesis imperfecta (Bookman) 314, 494.
Stoffwechsel bei amaurotischer familiärer Idiotie (Hymanson) 204.
Stomatitis (Pallesen) 60 — Behandlung (Flandin) 548.
Stottern (Froschels) 251 — Behandlung (Charnley) 511 — Fürsorge (Mangold) 511.
Strabismus convergens (Suellen) 173.
Strassburgersche Transparenzuntersuchung bei chronischem Hydrozephalus (v. Bokay) 142.
Streckmuskel, spezifische Labilität (Grunewald) 340.
Streptokokken, Stoffwechsel (Foster) 3.
Streptokokken von Milch und Angina (Stowell und Hillard) 380.
Streptokokkenvakzine bei Skarlatina (Walker) 275.
Streptokokkus mucosus (Zemann) 396.
Stridor (Rach) 543.
Stridor, laryngealer (Castellani) 563.
Struma, kongenitale (Carrison) 546 — (Meisels) 247 — (Remy und Fairise) 547 — (Schmincke) 98.
Struma mit Exophthalmus (Ashby) 545.
Struma im Bezirke Imst (Pfeiffenberger) 547.
Stützkorsett (Glass) 350.
Styrakol in der Behandlung Lungenkranker (Mühsam) 284.
Subglottischer Tumor (Woods) 566.
Suggestion und Hypnotismus (Trömmer) 558.
Suggestive Behandlung (Howell) 557.
Sympathikus, angeborene Lähmung (Pollak) 558.
Sympathikus, malignes Neuroplastone (Anitschkow) 555.

Sympathisches Nervensystem, Verhalten gegenüber Adrenalin (Mogwitz) 301, 510.
Syphilis 541 — (Boas) 539 — (Japha) 237 — (Steele) 541.
Syphilis beim Neugeborenen (Schmincke) 114.
Syphilis, kongenitale (Aimes und Delord) 534.
Syphilis, familiäre (Lesser) 242 — (Lesser und Karsten) 331.
Syphilis, tarda (Yerington und Holsclaw) 541.
Syphilis, hereditaria tarda des Auges (Stähli) 174.
Syphilis tarda, Salvarsanbehandlung (Strathy und Campbell) 91.
Syphilis, Fruchtbarkeit syphilitischer Eltern (Watson) 89.
Syphilis, Schicksal kongenital syphilitischer Kinder (Welde) 89.
Syphilis, Gitterfasern der Leber (Strassburg) 541.
Syphilis, Frühdiagnose (Viana) 541.
Syphilis, Serodiagnostik (Ledermann) 239.
Syphilis, Wassermannsche Reaktion (Ledermann) 217 — (Lucas) 217.
Syphilis, Dungernsche Reaktion (Samelson) 331.
Syphilis, Primäraffekt (Balzer und Barthélmy) 539.
Syphilis, Symptomatologie (Armstrong) 539.
Syphilis des Auges (Igersheimer) 172 — Augenläsionen (Silberzweig) 541.
Syphilis, Keratitis parenchymatosa (Igersheimer) 172.
Syphilis, Papillitis (Mohr und Beck) 173.
Syphilis des Ohres (Voorhees) 396.
Syphilis, pathologische Anatomie des Ohres (Hofer) 395.
Syphilis, Mittelohrentzündung (Lüders) 395.
Syphilis der Hypophysis (Simmonds) 547.
Syphilis, Beziehung zu den Gehirnkrankheiten (Babonneix) 505, 539.
Syphilis und Enzephalitis (Pellegrini) 540.
Syphilis, Meningitis (Senleco) 541.
Syphilis, nervöse Störungen (Gaucher) 540.
Syphilis des Nervensystems (Robinson) 540.
Syphilis, Paralyse (Prince) 540.
Syphilis, spezifische Paraplegie (Marfan) 89.
Syphilis, Hemiplegie (Babonneix und Tixier) 539.
Syphilis, Littlesche Krankheit (Adeline) 539.
Syphilis und geistige Minderwertigkeit (Gordon) 540.
Syphilis, gangränöse Kopfschwarte (Fischer) 256.
Syhilis, Nephritis (Hintzelmann) 540.
Syphilis, Myokarditis (Werlich) 541.
Syphilis, Aortenveränderungen (Neugebauer) 540.
Syphilis, Endarteritis (Buchwald) 248.
Syphilis, Bronchiektasie (Milhit) 540.
Syphilis, Knochen- und Gelenkerscheinungen (Savariaud) 541.
Syphilis, Fraktur der Diaphyse (Bonnet und Lacassagne) 535.
Syphilis, Spontanfrakturen (Kirmisson) 540.
Syphilis beider Tibien (Méry und Heuyer) 540.
Syphilis, Gonitis (Magyar) 248.
Syphilis, Arthritis des Ellenbogens (Balzer, Galloit und Champtassin) 539.
Syphilis und Pottsche Krankheit (Mutel) 540.
Syphilis, kongenitale Amputation der Finger (Babès) 539.
Syphilis, Erkennung und Behandlung (Hoffmann) 371.
Syphilis, Therapie und Klinik (Müller) 217, 233.
Syphilis, Ernährung (Barbier) 539.
Syphilis, Therapie (Müller) 278.
Syphilis, Salvarsanbehandlung (Beck) 395 — (Holt und Brown) 90.
Syphilis, farblose Schmierkuren (Hädicke) 278.
Syphilis, intravenöse Infusionen von Aurum Kalium cyanaticum (Bruck und Glück) 283.
Syphilis, Prophylaxe des Aborts (v. Szily) 217.
Syphilis, Mortalität (Post) 331. 538.
Syphilis im Findelhaus (Rabinowitsch) 438.

Syphilis und Findelanstalt (Riether) 218, 538.
Syringomyelie (Plaschkes) 558.
Syringomyelie, kongenitale (Lungsgaard) 557.
Syringomyelie auf luetischer Basis (Arnsteih) 535.
Syringomyelie, Verbiegung der Wirbelsäule (Cramer) 556.

Tabes, juvenile (Riggs) 558 — juvenile mit Geistesstörungen (Jevzycki) 146.
Tachykardie, paroxysmale (Hutchinson und Parkinson) 542 — (Kidd) 542.
Tannismut (Schmidt) 510.
Taschenbuch der Therapie (Schnirer) 168.
Taubheit, kongenitale (Skrowaczewski) 563 — kongenitale familiäre und Augenanomalie (van der Hoeve) 172.
Taubheit und Meningitis cerebrospinalis (Mygind) 395.
Taubheit, Influenzataubheit (Mayer) 396.
Taubheit nach Scharlachotitis (Busch) 395.
Taubheit, Fürsorge in Berlin (Brühl und Schorsch) 574.
Taubstumme, Ergebnisse der Untersuchungen (Gallusser) 46.
Taubstumme, Fürsorge (Alexander) 394.
Tebesapin bei Tuberkulose (Möllers und Wolff) 283.
Telehämostypsis (von den Velden) 544.
Temperatur, orale, axillare, inguinale, rektale Messungen (Ishiguro) 509.
Temperatur, zentrale beim Neugeborenen und Frühgeborenen (Apert) 405.
Temperatur bei Bewegung und Ruhe (Fränkel) 479.
Teratologie des Auges (Pagenstecher) 173.
Teratom des Leistenhodens (Schmincke) 114.
Terpentininjektionen (Péhu und Pillon) 510.
Tetanie, experimentelle Untersuchungen (Callum und Vogel) 62.
Tetanie, Diagnose der latenten (Masslow) 523.
Tetanie, Zahnanomalien (Klotz) 446, 523.
Tetanie, Katarakt (Stölzner) 155.
Tetanie, Verteilung der Kalksalze (Pollini) 520.
Tetanie, Behandlung mit Kalziumbromat (Grünfelder) 523.
Tetanie und Laryngospasmus, Bromkalziumbehandlung (Grünfelder) 293.
Tetanie bei Hunden (Marine) 62.
Tetanus neonatorum (Harrison) 528 — (Wolff) 534.
Tetanus, Pathogenese und Therapie (Permin) 326.
Tetanus, Behandlung mit Magnesiumsulfat (Kocher) 277 — (Mielke) 530 — (Stadler) 533.
Tetragenus, Sepsis (Byers und Houston) 73.
Therapie, Sammelreferat (Birk) 269.
Thorax, Röntgenuntersuchung (d'Oelsnitz und Paschetta) 545.
Thorax, Anomalie (Ombrédanne) 568.
Thorax, Senkung (Hofbauer) 507.
Thorax, Tonnenform (Pironneau) 509.
Thorium X (v. Benczur) 295 (Klemperer und Hirschfeld) 295 — (Plesch) 295 — (Plesch, Karszak und Keetmann) 295 — (Prado-Tagle) 295.
Thrombose, obturierende der Vena cava inferior (Schmincke) 114.
Thymus (Oliari) 547.
Thymus, Physiologie (Lampé) 546 — Physiopathologie (Evoli) 546 — Pathologie und Klinik (Klose) 130.
Thymus, Beziehungen zur Parathyreoidea (Hornowski) 440.
Thymus, Abderhaldensches Dialysierverfahren (Singer) 547.
Thymus, Hypertrophie (Kaupe) 546 — (Schweizer) 547 — (Sylvester) 547 — Symptomatologie und Therapie der Thymushypertrophie (Boissonas) 132 — Vergrößerung (Clark) 546 — Hyperplasie (Meisels) 247.
Thymus, Reduktion (v. Haberer) 334.
Thymus, chirurgische Behandlung (Parker) 547.
Thymus, frühzeitige Entfernung (Pappenheimer) 334.
Thymus, Rachitis (Klose) 546.
Thymus, Tumor (Perrero) 547.
Thymus, plötzlicher Tod (de Forest) 546 — (Oberndorfer) 358.

Thymustod (Müller-Berthold) 379.
Thyreoidea, Abderhaldensches Dialysierverfahren (Singer) 547.
Thyreoidea, mangelhafte Funktion (Gourdon und Dijonneau) 566 — Insuffizienz (Hartoghe) 132 — (Léopold-Lévi und Rothschild) 265.
Thyreoidea, angeborenes Fehlen (Ribadeau-Dumas) 550.
Thyreoidea, Störungen (Pfeiffenberger) 547.
Thyreoidea, kongenitale Zyste (Clark und Farmer) 221, 564.
Thyreoidea, Schilddrüsenbehandlung und Epilepsie (Gelma) 292.
Tibia, Syphilis (Méry und Heuyer) 540.
Tics (Collin) 555.
Tod der Kinder (Straßmann) 569.
Tod, plötzlicher (Etienne und Mouriquand) 569 — (Martin und Mouriquand) 557.
Tonsille, physiologische Bedeutung (Henke) 378.
Tonsille, pathologische (Lewinstein) 379.
Tonsille, Verhalten der lymphozytären Zellen vor und nach der Geburt (Goslar) 130.
Tonsillen, Vergrößerung (Steuart) 97.
Tonsille, chronische Mandelgrubeninfektion (Oertel) 379.
Tonsille, chronische Entzündung der Gaumenmandeln (Piffl) 379.
Tonsille, Ätiologie und Therapie der Hypertrophie (Ashby) 285.
Tonsillen, Hypertrophie, Röntgenbehandlung (Stenart) 285.
Tonsillen, Behandlung der Hypertrophie mit Lymphdrüsenextrakt (Ashby) 97.
Tonsille, Tuberkulose (Chancellor) 377 — Beziehungen zur Tuberkulose (Wood) 380 — als Eintrittspforte der Tuberkulose (Silvan) 472.
Tonsille, Primäraffekt (Coudela) 377.
Tonsille, Rachenmandeltuberkulose (Brüggemann) 377 — (Tiedemann) 380.
Tonsille, Behandlung (Layton) 545.
Tonsille, konservative Behandlung hypertrophischer Gaumenmandeln (Spiess) 380.
Tonsille, Operation (Cocks) 333 — Abtragung (Parmentier) 129 — Totalexstirpation (Halle) 378 — extrakapsuläre Totalexstirpation (Trautmann) 545 — Rachenmandeloperation (Levy) 379 — (Henrici) 378.
Tonsille, Hineinfallen in die Luftwege (Guisez) 378.
Tonsillektomie (Bassim) 545 — (Garland und Greene) 545 — (Paessler) 379 — (Riedel) 545 — (Stucky) 380.
Tonsilitis, Behandlung (Epstein) 545.
Tonsillotomie (Görke) 378 — (Kuttner) 378.
Tortikollis, ossärer (Müller) 347.
Totgeburt (Maurel) 572.
Totgeborene, Herzmassage (Larue) 522.
Toxämie, alimentäre (Corner) 512.
Trachea, Diphtherie (Fischer) 256.
Tracheobronchialdrüsen, Prognose (Hutinel) 545 — Tuberkulose (Marfan und Mantoux) 537.
Tracheotomie bei Larynxdiphtherie (Zabko-Potowicz) 427.
Trachom (Williams) 563.
Tricalciumphosphat als Knochenbildner (Schloss und Frank) 520.
Trichozephalie (Josephy) 125.
Trichterbrust (von Pfaundler) 112 — (Pironneau) 568 — (Wolostnich) 569.
Trockenmilch (Bonnamour) 2, 49, 289 — (Porcher) 7, 49 — (Pritchard) 514.
Trypanosoma, Übergang in die Milch (Nattern-Larrier) 6, 518.
Tube, Hernie (Eustace und Nealy) 565.
Tuberkulin (Aronson) 475 — (Bessau) 475.
Tuberkulin und Tuberkulose (Aronsohn) 240, 535.
Tuberkulin, Diagnostik (Stricker) 479, 538.
Tuberkulin bei Diagnose und Behandlung (Patrick) 538.
Tuberkulin, Überempfindlichkeit (Bessau und Schwenke) 328.
Tuberkulin, Empfindlichkeit der kindlichen Haut (Major und Nobel) 510.

Tuberkulin, Reaktion auf humanes und bovines (Cataneo) 86, 472.
Tuberkulin, Reaktion (Brown) 86 — (Gade) 431.
Tuberkulin, kutane Reaktion (Arnquist) 328 — (Kasahara) 537 — (Klotz) 509 — (Küchenhoff) 216, 240, 537 — (Leckie) 537 — (Ligabue) 537 — (Medowikow) 467 — (Nothmann) 538 — (Oeverland) 433, 538 — (Robertson) 432 — (Rosenblat) 327, 432, 479 — (Shalet) 538 — (Tezner) 476.
Tuberkulin, kutane Reaktion, sekundäre Erscheinungen (Fonzo) 536.
Tuberkulin, Wiederholung lokaler Reaktion (Bessau, Pringsheim und Schwenke) 478 — (Bessau und Schwenke) 328.
uberkulin, kutane Reaktion bei akuten Infektionskranheiten (Moltschanoff) 476 — (Sézary) 533.
Tuberkulin, kutane Reaktion und Gangrän der Nase (Müller) 379.
Tuberkulin, kutane Reaktion nach Masern (v. Pirquet) 531 — Wiederkehr der Reaktionsfähigkeit nach Verschwinden der Masernanergie (von Pirquet) 85.
Tuberkulin, kutane Reaktion bei Pertussis (Cozzolino) 527 — Abnahme der Tuberkulinempfindlichkeit während Pertussis (Popper) 251.
Tuberkulin, perkutane Reaktion (Krumghaar und Musser jun.) 537.
Tuberkulin, Behandlung (Citron) 484 — (Gerharz) 283 — (Junker) 484 — (Klotz) 484 — (Mackenzie 283 — (Röpke) 484.
Tuberkulin, kombinierte Therapie (Hohl) 283.
Tuberkulin auf den Lymphwegen zugeführt (Köppe) 216, 484.
Tuberkulin, Behandlung Augenkranker (Bernheimer) 171.
Tuberkulin, Behandlung der Lungentuberkulose (Renan) 484.
Tuberkulin, Behandlung der Skrofulose und Tuberkulose (Wittich) 484 — (Wolff) 484.
Tuberkulin bei chirurgischer Tuberkulose (Bungart) 484.
Tuberkulin, niedrige Dosen (Fuchs und Neubauer) 484.
Tuberkulin, Beraneksches (Bajor) 484.
Tuberkulin, Rosenbachsches (Beck) 264, 484, 535 — (Cuno) 484 — (Curschmann) 484 — (Kausch) 484 — (Kohler und Plaut) 484 — (Stommel) 437.
Tuberkulose, Sammelreferat (Schelbe und Franke) 461.
Tuberkulose, Handbuch der gesamten Tuberkulose (Bandelier und Roepke) 462.
Tuberkulose (Ashby) 535 — (Comba) 535 — (Floyd) 526, 536 — (Häcker) 470 — (Kossel) 481 — (Müller) 537 — (Vogel) 470.
Tuberkulose, latente (Ossinin) 538.
Tuberkulose, miliare (Repaci) 470 — (Sheffield) 538.
Tuberkulose, miliare von Lunge und Haut (Northrup) 538.
Tuberkulose, chirurgische (Froelich) 536.
Tuberkulose, Rezidive der chirurgischen (Peterka) 467.
Tuberkulose, angeborene (Harbitz) 470 — (Zarfl) 327, 471.
Tuberkulose des Säuglings (Baginsky) 238 — (Cassel) 470 — (Mantoux) 80 — chronische des Säuglings (Cruchet) 536.
Tuberkulose im Kindesalter (Harbitz) 429 — (Müller) 430 — beim Kind (Neil) 472 — im Kindesalter (Schelbe) 462.
Tuberkulose, Kind im tuberkulösen Milieu (Fishberg) 432, 536.
Tuberkulose, Übertragung auf den Fötus (Dufour und Thiers) 536.
Tuberkulose, Infektion (Besche) 475 — Infektion der Kindheit (v. Hellens) 536.
Tuberkulose, Infektionswege (Beitzke) 464, 472 — (Medin) 215, 464.
Tuberkulose, Eintrittspforte (Chaussé) 535 - (Emrys-Roberts) 79 — (Findlay) 79, 475 — Darm als Eintrittspforte (Findlay) 498 — Tonsillen als Eintrittspforte (Silvan) 472.
Tuberkulose, Infektion und erbliche Belastung bei Lungentuberkulose (Hellens) 467 — Infektion und Schwindsuchtsentstehung (Freymuth) 467 — Kindheitsinfektion und Schwindsuchtsproblem (Hillenberg) 467 — Phthiseogenese (Römer) 467.

Tuberkulose, Infektion der Lymphdrüsen (Ungermann) 464.
Tuberkulose, Primäraffekt (Chancellor) 535.
Tuberkulose, primärer Lungenherd (Zarfl) 471.
Tuberkulose, Verbreitung de Prozesses auf die Gehirnhäutes (Astamonoff) 470.
Tuberkulose, Milch tuberkulöser Frauen (Kurashige) 472.
Tuberkulose und Stillen (Cozzolino) 49, 472.
Tuberkulose und Milch (v. Ostertag) 7, 538 — und Milchversorgung (Sheridan) 472 — Milch eutertuberkulöser Kühe (Ungermann) 472 — des Rindes (Joest und Marjanen) 528.
Tuberkulose, erbliche Belastung (Peters) 467 — der Lunge, Bedeutung der erblichen Belastung (Curschmann) 467.
Tuberkulose und Heredität (Grünberg) 467.
Tuberkulose, Morbidität und Milieu (Delille) 467.
Tuberkulose, Kinder der Tuberkulösen (Weinberg) 462.
Tuberkulose, bovine (Weber, Steffenhagen) 476 — beim Menschen (Dammann und Rabinowitsch) 475 — boviner Typus (Mitchell) 472.
Tuberkulose, humane und bovine (Neufeld, Dold und Lindemann) 475 — (Woodhead) 476.
Tuberkulose, Chemie (Zeuner) 283.
Tuberkulose, Diagnose (Hawes) 498.
Tuberkulose, Diagnose der Lungentuberkulose (Less) 499.
Tuberkulose, Röntgendiagnostik der Lungentuberkulose (Rach) 329, 479.
Tuberkulose, Röntgendiagnostik der Hilustuberkulose (Sluka) 479.
Tuberkulose, Diagnose der Bronchialdrüsentuberkulose (Engel) 85 — Röntgendiagnostik der Bronchialdrüsentuberkulose (Simon) 479.
Tuberkulose, Diagnose und Prognose (Cozzolino) 479.
Tuberkulose, Jefimoffs Reaktion (Gilerowitsch) 87.
Tuberkulose, Tuberkelbazillen im kreisenden Blut (Amicis) 475 — (Kennerknecht) 475 — (Lehmann) 537 — (Mayer) 530 — (Moewes und Bräutigam) 87 — (Rozenblat) 432 — (Sturm) 476.
Tuberkulose, Tuberkelbazillen im Stuhl (Laird, Kitt und Stewart) 87.
Tuberkulose, Pathologie (Lapage und Mair) 79 — (Lubarsch) 467 — (Schelbe) 470.
Tuberkulose, pathologische Anatomie (Ghon und Roman) 462, 536.
Tuberkulose, pathologische Anatomie und Infektionsweise (Hedrén) 472.
Tuberkulose, pathologisch-anatomische Veränderungen der Nebennieren (Bogdanow) 470.
Tuberkulose, Empfänglichkeit (Sonnenberger) 479.
Tuberkulose, spezifische Widerstandsfähigkeit (v. Ruck und Achard) 538.
Tuberkulose, Fieber (Hutinel) 536.
Tuberkulose, Verhalten der weißen Blutkörperchen (Hirschberg) 470.
Tuberkulose, komplementbindende Antistoffe (Bang und Andersen) 1 — Anaphylaxie und Antianaphylaxie (di Cristina und Caronia) 431, 525.
Tuberkulose, Ernährung (Locke) 513.
Tuberkulose, Verlauf (Czerny) 283, 490.
Tuberkulose der Knochen und Gelenke (Fraser) 81 — (Garré) 486, 536 — (König) 486 — (Straeter) 329.
Tuberkulose des Femur (Schmincke) 99.
Tuberkulose der Diaphyse (Broca und Philbert) 535.
Tuberkulose des Handgelenkes (Laplanche) 81.
Tuberkulose des Hüftgelenkes (Morton) 82.
Tuberkulose des Kniegelenkes (Brandes) 486.
Tuberkulose des Auges und der Lider (Beer) 172.
Tuberkulose der Iris (Voland) 174.
Tuberkulose der Retina (Knapp) 173 — sekundäre der Retina (Agricola und Thies) 171.
Tuberkulose, epibulbäre (Guzmann) 172.

Tuberkulose, Labyrintherkrankungen (Lange) 395.
Tuberkulose, meningeale von Ohr aus (Görke) 395.
Tuberkulose des Nasenrachenraumes und der Zervikaldrüsen (Fordyce und Carmichael) 536.
Tuberkulose der Tonsille (Wood) 380 — (Chancellor) 377.
Tuberkulose der Rachenmandel (Brüggemann) 377 — (Tiedemann) 380.
Tuberkulose des weichen Gaumens (Herbst) 233.
Tuberkulose der Hypophysis (Simmonds) 538.
Tuberkulose der Halslymphdrüsen (Trautmann) 472.
Tuberkulose der Mesenterialdrüsen (Parker und Lund) 479.
Tuberkulose der Bronchialdrüsen (Engel) 536 — (Gölz) 434, 536 — Röntgendiagnostik (Keiner) 479 — (Neuhaus) 479 — (D'Oelsnitz und Paschetta) 538.
Tuberkulose der Tracheobronchialdrüsen (Marfan und Mantoux) 537.
Tuberkulose der Zervikaldrüsen (Ladd) 537.
Tuberkulose des Ductus thoracicus (Schmincke) 113.
Tuberkulose der Lunge (Rach) 435 — (Ribadeau-Dumas, Maingot und Weill) 538 — (Thiele) 538 — (Williams) 467 — einseitige der Lunge (Nobel) 252 — Behandlung des Fiebers (Damask) 283 — chemotherapeutische Versuche (Pekanowitsch) 284.
Tuberkulose der Lunge, Leber und Milz (Leopold) 537.
Tuberkulose der Leber (Tietze) 330.
Tuberkulose der Genitalien (Fano) 470 — (Lyons) 216 — (Lyons 537 — des Uterus (Ferroni) 470.
Tuberkulose der Nebenniere (Méry und Heuyer) 546.
Tuberkulose der Niere (Bernard) 82 — (Boyd) 535 — (Dufranc) 536 — (Wiener) 539.
Tuberkulose und Psoriasis (Klotz) 446, 561.
Tuberkulose und Purpura (Sevin) 538.
Tuberkulose und Erythema nodosum (Dotti) 82 — (Pollak) 479.
Tuberkulose und Würmer (Railliet) 538.
Tuberkulose, Hypertrophie (Cailliau) 535.
Tuberkulose und Skrofulose (Hamburger) 536.
Tuberkulose und chronische Appendizitis (Lereboullet) 479.
Tuberkulose und Leberatrophie (Wegerle) 551.
Tuberkulose, chronische der Peritonitis (Marfan) 537.
Tuberkulose, Perikarditis (Hutinel) 536 — Perikardialsymphyse (Lewkowicz und Latkowski) 435.
Tuberkulose und orthotische Albuminurie (Reyer) 479 — in Beziehung zur orthotischen Albuminurie (Wendenburg) 223.
Tuberkulose, retropharyngeales Lymphom (Heymann) 434.
Tuberkulose, infantile spastische Hemiplegie (Cannata) 470.
Tuberkulose, Prognose (Tugendreich) 479, 539.
Tuberkulose, Therapie und Prognose (Hollesen) 283.
Tuberkulose, Behandlung (Harnsberger) 536 — (Linden) 485 — (Meissen) 485 — (v. Schrötter) 488 — (Strauss) 485 — (Treplin) 437.
Tuberkulose, interne Behandlung der chronischen (Bourdette) 88.
Tuberkulose, Chemotherapie (Mehler und Ascher) 284.
Tuberkulose, Chemotherapie der Hauttuberkulose (Perutz und Sippel) 379.
Tuberkulose, Mittel (Gangele u. Schüssler) 330.
Tuberkulose, Fermentbehandlung (Rubaschef) 485.
Tuberkulose, Wirkung von tryptischen Fermentlösungen (Saidmann) 485.
Tuberkulose, Behandlung der chirurgischen (Ménard) 486.
Tuberkulose, Stauungshyperämie (Bier) 486.
Tuberkulose, konservative Behandlung der Drüsentuberkulose (Iselin) 284, 488.
Tuberkulose, Behandlung tuberkulöser Augenerkrankungen (Bock) 171.
Tuberkulose der Lunge, Behandlung (Hochhalt) 484.
Tuberkulose, Behandlung der Halslymphdrüsen (Mutschenbacher) 486.

Tuberkulose, unblutige Therapie der Halsdrüsentuberkulose (Petersen) 499.
Tuberkulose und Tuberkulin (Aronsohn) 240.
Tuberkulose, Tuberkulinbehandlung der Lungentuberkulose (Renan) 484.
Tuberkulose, Einfluß von Alttuberkulin Koch und Rosenbach auf die Impftuberkulose des Meerschweinchens (Neumann) 283.
Tuberkulose, Kochsches Alttuberkulin (Cronquist) 484.
Tuberkulose, Behandlung mit Rosenbachschem Tuberkulin (Beck) 87, 283.
Tuberkulose, Behandlung mit Tuberkulomuzin Weleminsky (Götzl) 283 — (Poduschka) 283.
Tuberkulose, Bovotuberkulin bei chirurgischer (Buch) 472.
Tuberkulose, spezifische Therapie nach Maragliano (Schrumpf) 283.
Tuberkulose, Friedmannsches Serum (Klemperer) 283 — (Mannheimer) 283 — (Westenhöfer) 283.
Tuberkulose, Behandlung mit Serumvakzin (Bruschettini) 283.
Tuberkulose, Behandlung mittels Immunkörper (Fearis) 462.
Tuberkulose Behandlung mit Marmorekserum der Lungentuberkulose (Henius und Rosenberg) 283 — Vakzinebehandlung der Lungentuberkulose (Ager) 534 — Finklersches Heilverfahren der Lungentuberkulose (Bodmer) 283.
Tuberkulose, medikamentöse Behandlung (Rey) 275, 284.
Tuberkulose, Behandlung mit Fumiform (Floer) 284.
Tuberkulose, intravenöse Infusionen von Aurum Kalium cyanaticum (Bruck und Glück) 283.
Tuberkulose, Zeunersches Oleinpräparat (Weiker) 485.
Tuberkulose, Zeunersches Tebesapin (Möllers und Wolff) 283.
Tuberkulose, Mesbe bei Lungentuberkulose (Jarosch) 284 — (Junker) 284 — (Klein) 284 — (Röpke) 284.
Tuberkulose, Mentholthymolschmierseife bei Lungentuberkulose (Stepp) 284.
Tuberkulose, Heliotherapie (Brecke) 488 — (Jerusalem) 488 — (Machado) 488 — (Prochaska) 488 — (Rollier) 488 — (Spitzmüller und Peterka) 488 — (Theumer) 488 — (Treplin) 488 — (Zadro) 488.
Tuberkulose, Sonnen- und Luftbehandlung (Glässner) 234.
Tuberkulose, Lichtbehandlung (Vulpius) 488 — Behandlung mit künstlichem Licht (Hagemann) 284.
Tuberkulose, Radiumtherapie (Baud) 488 — (Bernheim) 488.
Tuberkulose, Dioradin (Ritter) 488 — Radiumdioradin bei Lungentuberkulose (Orlow) 488.
Tuberkulose, Röntgenbehandlung der Lungentuberkulose (Küpferle) 284 — (Küpferle und Bacmeister) 284.
Tuberkulose, Röntgenbehandlung der chirurgischen (Baisch) 488 — (Schmerz) 488.
Tuberkulose, Einfluß von Wanderungen (Steinhaus) 481.
Tuberkulose und Sommeraufenthalt (Bratz) 481.
Tuberkulose und Sommerfrische (Randnitz) 481.
Tuberkulose, Kinderheilstätten (Bruck und Pannwitz) 490 — und Seehospize (Vollmer) 437.
Tuberkulose, Bekämpfung (Bockhorn) 535 — (Bogusat) 535 — (Effler) 330 — (Roeder) 481 — (Vollmer) 539.
Tuberkulose, Prophylaxe (Hess) 536 — (Ickert) 536 — (Karfunkel) 537 — (Nobécourt und Schreiber) 537.
Tuberkulose, Immunisierung (Pollak) 479 — prophylaktische Immunisierung (Ruck) 481.
Tuberkulose, Schutzimpfung (Julian) 481.
Tuberkulose und Schulen (Arluck) 433 — (Hewelke) 433 — Knopf) 575 — (Lapham) 575.
Tuberkulose in den Volksschulen von Kalisch (Koszutski) 433.
Tuberkulose der Lehrer (Altschul) 464 — (Lorentz) 462.
Tuberkulose, Statistik (Behla) 535.
Tuberkulose, Statistik der Kindertuberkulose (Ascher) 464 — (Behla) 164.

Tuberkulose in Schottland (Mackenzie) 537 — (Stiles) 472.
Tuberkulose in London (Crookshank) 535.
Tubolytin, (Siebert und Römer) 283.
Turmschädel (Schmincke) 98 — Pathologie (Herzog) 568 — operative Behandlung der Sehstörungen (Schlosser) 173.
Typhus (Griffith) 527.
Typhus beim Säugling (Péhu und Favre-Gilly) 531.
Typhus, Bazillenbefund im Warzenfortsatz (Alberti und Gins) 394.
Typhus, Mandelbaums Reaktion (Bukowskaja) 72.
Typhus, enzephalo-meningeale Reaktionen (Nobécourt und Mercier) 531.
Typhus, Übertragung durch Milch (Rimpau) 532 — Verbreitung durch Milch (Fischer) 517.
Typhus, pseudoleukämische Anämie (Wolff) 325.
Typhus, Spondylitis (Conklin) 564.
Typhus, Zerebrospinalmeningitis (Lagane) 529.
Typhus, Spätrückfall (Pellot und Calland) 531.
Typhus, intravenöse Schutzimpfung (Thiroloix und Bardou) 276.
Typhus, anti-typhöse Bakteriotherapie (Guinon und Malarte) 527.
Typhus, Vakzinebehandlung (Hunth) 276 — (Méry) 530 — (Netter) 276 — (D'Oelsnitz) 531.
Typhus, Autovakzination (Josne und Belloir) 276.
Typhus, subkutane Injektionen von Urotropin (Triboulet und Levy) 276.

Überfahren, innere Verletzungen (Salzer) 245, 565.
Ulkus des Duodenums (Holt) 221 — (Pinninger) 522.
Ultraviolettes Licht, Einwirkung auf Diphtherietoxin (Hartoch, Schürmann, Stiner) 510.
Uneheliches Kind (Baum) 570.
Ungarn, staatlicher Beirat für körperliche Erziehung (Juba) 571.
Unterernährung (Prunier) 514.
Urachus, Fistel (Pfanner) 568.
Urämie, Diagnose und Prognose (Dossin) 96.
Ureter, Aplasie (Schmincke) 99.
Urethra, angeborene Verengerungen (Riedel) 552.
Urethra, Extraktion eines Steines (Krassowski) 442.
Urethra, Vorfall der Mukosa (Kuschnira) 224.
Urethritis durch Gonokokken (Smith und Kee) 139, 553.
Urethroskop bei Vulvovaginitis (Sinclair) 339.
Urethroskope (Sinclair) 553.
Urobilinogenurie (Peiser) 520.
Urobilinurie, orthostatische (Steensma) 339.
Urobilinurie bei Scharlach (Gromski) 423.
Urotropin, Abspaltung von Formaldehyd im Urin (v. Breunig) 519.
Urotropin, Verteilungs- und Ausscheidungsverhältnisse (Usener) 302.
Urotropin, antiseptische Wirkung (Hanzlik und Collins) 44.
Urotropin, Behandlung des Typhus (Belkowsky) 276.
Urotropin, subkutane Injektionen bei Typhus (Triboulet und Levy) 276.
Urtikaria vor Scharlach und Masern (Galli) 154.
Uterus, Prolaps (Mayerhofer) 256, 568.
Uterus, Tuberkulose (Ferroni) 470.
Vaginale Untersuchung (Stoltz) 509.
Vagotonie und exsudative Diathese (Krasnogorsky) 292.
Vakzinale Allergie der exanthematischen Erkrankungen 531.
Vakzination, Blutbild (Erlenmeyer und Falkowski) 322.
Vakzination, vakzinales Virus (Paul) 46.
Vakzination, Kontraindikationen (Groth) 115.
Vakzination, Impfgesetz (Michalis) 569.
Vakzination gegen Tuberkulose (Julian) 481.
Vakzination gegen Varizellen (Kling) 528.
Vakzine und Ätiologie der Variola (Paschen) 71.
Vakzine, generalisierte (Hegler) 569 — (Voigt) 569.
Vakzine, generalisierte bei Kopfekzem (Obmann) 449.

Vakzinetherapie, Lehrbuch (Allen) 370 — (Reiter) 370.
Vakzinetherapie (Wolfsohn) 303.
Vakzinetherapie der chronischen Bronchitis (Gillet) 285.
Vakzinetherapie der Furunkulose (Harriehausen) 292.
Vakzinetherapie der Gonorrhöe (Hamburger) 243, 326.
Vakzinetherapie bei gonorrhoischer Vulvovaginitis (Jack) 528.
Vakzinetherapie bei Kolipyelitis (Hengefeld) 298.
Vakzinetherapie bei Lungentuberkulose (Ager) 534.
Vakzinetherapie des Pertussis (Bamberger) 275 — (Jakowleff) 75 — (Luttinger) 530 — (Nicolle und Conor) 276 — (Sill) 533 — (Wilson) 275.
Vakzinetherapie der Pyelitis (Langstein) 238, 552.
Vakzinetherapie bei Skarlatina (Kiefer und Ferry) 496 — (Schultze und Goldberger) 496.
Vakzinetherapie des Typhus (Hunth) 276 — (d'Oelsnitz) 531 — (Méry) 530 — (Netter) 276.
Variola, Ätiologie (Paschen) 71.
Variola, Blutbild (Erlenmeyer und Falkowski) 322.
Variola beim Fötus (Hall) 527.
Variola bei Neugeborenen (Epstein) 71.
Variola in Lodz (Skalski) 420.
Varizellen beim Neugeborenen (Lereboullet und Moricand) 529.
Varizellen, Inkubation (Delcourt) 525.
Varizellen und Appendizitis (Lesné) 549 — (Périer) 550.
Varizellen, Behandlung (Gougerot) 527.
Varizellen, Schutzimpfung (Kling) 71, 215, 528.
Varizellen, hämorrhagische (Oberndorfer) 357.
Varizellen, hämorrhagische und gangränöse (Storrie) 534.
Vegetatives Nervensystem, Pathologie (Viereck) 148.
Vegetatives Nervensystem, pharmakologische Prüfung (Eckert) 149.
Vena cava inferior, obstruierende Thrombose (Schmincke) 114.
Venenerweiterung (Herbst) 233.
Ventriculus Morgagni (Imhofer) 378.
Verbrennung (Brend) 564 — (Savariaud) 565.
Vestibularapparat, nichteitrige Erkrankungen (Lang) 395.
Vibrione, choleraähnliche (Klimenko) 188.
Vichy (Duranton) 509.
Vierte Krankheit (Franchetti) 526.
Vincents Angina (Bonhoff) 377 — (Citron) 277.
Vioform bei Erkrankungen und Verletzungen der Horn- und Liderhaut (Dutoit) 172.
Virulenzprüfung der Eitererreger (Kasahara) 510.
Viskosität des Blutes bei Infektionskrankheiten (Rumjanzeff) 183, 532.
Viskosität des Blutes, Einfluß der Gelatinedarreichung (Cmunt) 296.
Vitamine (Funk) 365, 512 — Einfluß auf das Wachstum (Funk) 519.
Vitamine, Fraktion in Milch (Funk) 3.
Volkmannsche Kontraktur (de Swietochowski) 158.
Volvulus als Ursache von Melaena neonatorum (Nürnberger) 134.
Vorderarmlähmung, Knochenoperation (Vulpius) 447.
Vorhofflimmern (Sutherland und Coombs) 542.
Vorhofflimmern und Arhythmie (Nadel) 249.
Vormundschaft (Saltzgeber) 572.
Vormundschaftsgericht und Ersatzerziehung (Landsberg) 571.
Vulvovaginitis 553 — (Barnett) 139 — (Comby) 552 — (Sinclair) 553 — (Smith) 224, 553.
Vulvovaginitis, Behandlung (Smith) 442.
Vulvovaginitis, gonorrhoische, Vakzinebehandlung (Jack) 528.
Vulvovaginitis, Urethroskop (Sinclair) 339.
Vulvovaginitis gonorrhoica (Kenessey) 552.

Wachstum (Makower) 508 — (Mendel) 520.
Wachstum, Gesetze (Kimplin) 508.
Wachstum, Tafel zur Bestimmung (v. Pirquet) 195.

Wachstum, Untersuchungen (Makower) 520.
Wachstum, Störungen des Längenwachstums der Säuglinge (Stolte) 151.
Wachstum und Ernährung (Aron) 306.
Wachstum, Einfluß der Nebenniere (de Mira) 547.
Wachstum, Biochemie (Aron) 364.
Wachstum, Bedeutung des Kalkes (Lust) 520.
Wachstum, Bedeutung des Phosphors (Masslow) 492, 520.
Wachstum, Kalk und Phosphor (Herbst) 202.
Wachstum, Beziehung zu Vitamine (Funk) 365.
Wachstum bei vitaminhaltiger und vitaminfreier Nahrung (Funk) 519.
Waisenpflege (Larenz) 571.
Waldeyerscher Rachenring (Piffl) 379.
Waldmeister, diuretische Wirkung (Mouriquand und Dujol) 45.
Wärmestauung und Salzfieber (Heim) 311.
Warzenfortsatz, Aufmeißlung (Lang) 395.
Wasser, Stoffwechsel bei exsudativer Diathese (Lederer) 523 — Bedeutung für Konstitution und Ernährung (Lederer) 520.
Wassermannsche Reaktion (d'Astros und Teissonnière) 539 — (Blackfan Nicholson u. White) 90 — (Boas) 372 — (Brisson) 540 — (Cassoute) 540 — (Elliott) 540 — (Holt) 90 — (Ledermann) 217, 239 — (Lucas) 217 — (Rabinowitsch) 540 — (Roux) 541 — (Watson) 541 — (Tixier) 506, 541.
Wassermannsche Reaktion bei Leishmaniose (Jeanselme) 528.
Wassermannsche Reaktion, Einfluß von Scarlatina (Jakobovics) 321.
Wassermannsche Reaktion bei Findelsäuglingen (Rabinowitsch) 438.
Wasserstoff-Ionenkonzentration im Mageninhalt (Schackwitz) 300, 508.
Wasserstoffsuperoxyd, Einfluß auf die Amylase der Frauenmilch (Lagane) 5.
Wehrloffsche Krankheit (Tixier 544.
Weißensee, kommunales Säuglingskrankenhaus (Ritter) 164.
Wiederkäuer (Brüning) 133.
Wien, Säuglingsstation der neuen Kinderklinik (Mayerhofer) 574.
Wien, Kinderklinik, Säuglingsstation (Mayerhofer) 351.
Wirbel, kongenitaler Defekt (Cokkayne) 567.
Wirbelsäule, Verknöcherung beim Fötus (Retterer und Lelièvre) 521.
Wismut, Vergiftung (Warfield) 299.
Wörterbuch, klinisches (Dornblüth) 266.

Xerase bei weiblichem Fluor (Abraham) 277.
Xerose, idopathische (Ishihara) 172 — gehäuftes Vorkommen (v. Hippel) 172.

Yatren bei Diphtherie (Freund) 210 — (Kausch) 210 — zur Bekämpfung der Dauerausscheidung von Bazillen (Bischoff) 274.
Yoghurt (Heuberger) 125 — (Wolff) 8.

Zahnung (Pont und Trillat) 562 — (Roy) 562.
Zahnung, Entwicklung (Ahrens) 562.
Zahnung, Zähne bei der Geburt (Balard und Commes) 521.
Zahnung, Erhärtung und Zahnkaries (Dingwall-Fordyce und Gibbs) 345.
Zahnung, zahnärztliche Orthopädie (Zielinsky) 243.
Zahnung, Zahnkrankheiten der Schulkinder (Wurfschmidt) 562.
Zahnung, Anomalien bei Tetanie (Klotz) 446, 523.
Zeitschrift für angewandte Anatomie und Konstitutionslehre (Tandler) 126.
Zellgewebsverhärtung (Goldreich) 561.
Zerebrale Ataxie (Taylor) 558.
Zerebrale Lähmung (Hardt) 556.
Zerebrale Lähmung und Epilepsie (Clark und Sharp) 227.
Zerebrospinalflüssigkeit, Untersuchung bei Poliomyelitis (Fraser) 181 — Eindringen des Virus der Kinderlähmung (Flexner und Amoss) 428.

Zerebrospinalflüssigkeit, Nachweis von Tuberkelbazillen bei tuberkulöser Meningitis (Fragale) 84, 475.
Zervikaldrüsen, epidemische Entzündung (Rudolf) 545.
Zervikaldrüsen, Tuberkulose (Ladd) 537.
Zervikaldrüsen, Behandlung (Ladd) 545.
Zeunersches Oleinpräparat bei Tuberkulose (Weiker) 485.
Zeunersches Tebesapin (Möllers und Wolff) 283.
Ziege, Milchleistungsprüfung (Müller-Kögler) 6.
Ziegenmilch, Zusammensetzung (Stetter) 518.
Zirrhose, juvenile (Schmincke) 99.
Zitrat zur Behandlung des Erbrechens (Sebilleau) 289.
Zitratmilch (Langmead) 5, 289.
Zucker, Ausnutzung (Achard und Desbouis) 518.
Zucker, Blutzucker (Mogwitz) 520.
Zucker, Blutzuckerbestimmung (Bing und Windelöw) 519 — (Götzky) 519.
Zucker, Durchlässigkeit des Darmes für Doppelzucker (Hayashi) 519.
Zucker, Bewertung der verschiedenen Zucker (Bendix) 50 — Wert der verschiedenen Zuckerarten (Haskell) 513.
Zucker in der Ernährung (Gismondi) 513.
Zucker, Ernährung bei Magenintoleranz (Loeper) 513.
Zucker, zuckerreiche Milch (Variot und Lavialle) 516.
Zucker, Ausscheidung und Inanition (Rietschel) 203.
Zucker, Stoffwechsel bei Lymphatismus (Schirokauer) 520.
Zucker, Einfluß auf die Ausnutzung der Rohmilch (Variot und Lorenz-Monod) 516. 521.
Zunge, Lingua geographica (Jellinek) 334.
Zungenspeicheldrüse, mumpsartige Erkrankungen (Hegler) 76.
Zurückbleiben (Johnson) 554.
Zwangserziehung (Moses) 572.
Zwillinge, Entwicklung (Hauser-Exner) 511.
Zyanose, kongenitale (Pic, Dufour und Durand) 542.
Zyanose, paroxystische kongenitale (Pironneau) 542.
Zyanquecksilber bei Diphtherie (Schulz) 453.
Zyste, kongenitale des Rectums (Brandeis) 564.
Zyste, Netzhaut- und Aderhautanomalie (Bergmeister) 171.
Zyste, kongenitale der Thyreoidea (Clark und Farmer) 221.
Zyste, traumatische solitäre Knochenzysten (Felten und Stolzenberg) 348.
Zystenniere (Peterson) 552 — (Zarfl) 252.
Zystitis, Behandlung (Duker) 298, 339.
Zystitis, kolibazilläre (Scheltema) 504.
Zytologie der Frauenmilch (Marfan, Feuillié und Saint-Girons) 517.